

# Varselsignaler for selvmord i akuttpsykiatri

*En kvalitativ studie*

**Monica Strand**



Masteroppgave ved medisinsk fakultet,  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

UNIVERSITETET I OSLO 16.06.2008





UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTETET  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

<b>Navn: Monica Strand</b>	<b>Dato: 16.06. 2008</b>
<b>Tittel og undertittel: Varselsignaler for selvmord i akuttpsykiatri. En kvalitativ studie.</b>	
<b>Sammendrag:</b> Formål: Studiens hensikt er å beskrive sykepleieres kunnskap om kliniske, observerbare fenomener som vurderes som varselsignaler for økt selvmordsrisiko hos inneliggende pasienter i akuttpsykiatri. Dette er signaler sykepleiere observerer, vurderer og handler etter for å forebygge alvorlige selvmordsforsøk eller selvmord.  Litteraturgjennomgang: Studien presenterer litteratur og forskning om risikofaktorer og varselsignaler for selvmord. Det foreligger få beskrivelser på kliniske, observerbare fenomener som har betydning for å fastslå økt risiko for selvmord innen minutter, timer og de nærmeste døgn. Det er stort behov for å identifisere og beskrive varselsignaler for selvmord.  Metode: Studien har kvalitativt, utforskende / beskrivende design. Seks psykiatriske sykepleiere ble intervjuet i fokusgruppe to ganger. Data er analysert ved bruk av kvalitativ tekstkondensering.  Funn: I sine observasjoner av selvmordstruede pasienter, beskriver sykepleierne at varselsignaler vurderes i sammenheng med risikofaktorer for selvmord og helhetlig kunnskap om pasienter. Overordnede varselsignaler er følelser hos pasienter og sykepleierne, endringer i pasienters tilstand og manglende samsvar i ulike observasjoner og vurderinger. Varselsignalenes uttrykk er uro, kroppsspråk, økt energi og aktivitet, utilgjengelighet og taushet og følelser av selvforakt, skam og avsky.  Konklusjon: Studien frembringer utdypede og nye beskrivelser av mulige varselsignaler for økt selvmordsrisiko hos inneliggende pasienter i akuttpsykiatri. Funnene bidrar til at kunnskap om selvmordsrisikovurdering økes og at mulige varselsignaler for selvmord lettere kan identifiseres.	
<b>Nøkkelord: Selvmord, varselsignaler, sykepleie, akuttpsykiatri</b>	



UNIVERSITY OF OSLO  
FACULTY OF MEDICINE  
Institute of Nursing and Health Sciences  
P.O. Box 1153 Blindern, 0318 Oslo

<b>Name: Monica Strand</b>	<b>Date: 16 June 2008</b>
<b>Title and subtitle: Suicide warning signs in acute psychiatry. A qualitative study.</b>	
<b>Abstract:</b> Purpose: The purpose of this study is to describe nurses' knowledge of observable clinical phenomena considered to be warning signs of an increase in the risk of suicide among hospitalised patients in acute psychiatry. These are signals that nurses observe, assess and respond to in an effort to prevent serious suicide attempts and suicides.  Literature Review: The study presents literature and research on suicide risk factors and warning signs. There are few descriptions of observable clinical phenomena of significance for ascertaining an increase in the risk of impending suicide within minutes, hours and or the next few days. There is an urgent need to identify and describe suicide warning signs.  Method: The study has a qualitative, naturalistic / descriptive design. Six psychiatric nurses were interviewed twice in focus groups. The data were analysed from a qualitative perspective by abstracting concepts from the focus groups based on the condensation of text.  Results: Based on their observations of suicidal patients, the nurses explain that warning signs are assessed against suicide risk factors and extensive knowledge of their patients. The general warning signs include forebodings on the part of patients and nurses alike, changes in a patient's condition and the lack of congruence between observations and assessments. The warning signs may be manifested as anxiety, body language, unusual levels of energy and activity, or as inaccessibility, silence and feelings of self-contempt, shame and loathing.  Conclusion: The study has produced new, more detailed descriptions of warning signs that indicate an increased risk of suicide among hospitalised patients in acute psychiatric care. The findings have added to our knowledge about assessing the risk of suicide, and might make it easier to identify warning signs of suicide.	
<b>Key words: Suicide, warning signs, nursing, acute psychiatry</b>	

## Forord

Denne studiens tema har sitt utspring fra de mange selvmordstruede mennesker jeg har møtt gjennom mitt arbeid som sykepleier i akuttpsykiatri. De enkelte menneskers smerte, tvil, kamp og livsmot har ført til refleksjoner og undring over livets eksistensielle spørsmål. Samtidig som selvmordstruede pasienter har balansert på en knivsodd mellom liv og død, har jeg som sykepleier balansert mellom å gi beskyttelse og å gi ansvar. I dette skjæringspunktet oppstår mange spørsmål og utfordringer hvor denne studien tar for seg en liten del.

Aller først vil jeg gjerne takke de seks sykepleierne som tok seg tid til å dele sin kunnskap, sine tanker og erfaringer med meg. Deres bidrag har gjort studien spennende, utfordrende og lærerik.

Det er mange personer som har bidratt på veien frem til innlevering av masteroppgaven. Tilrettelegging fra mitt arbeidssted har vært uvurderlig i denne prosessen, og jeg vil takke avdelingssjef og spesielt mine to nærmeste ledere Heidi og Nina for tilrettelegging og støtte. Sistnevnte har også gitt verdifulle bidrag i gjennomføring av intervju og analyse. Bibliotekar Linda har ved flere anledninger gitt gode råd og bidratt til å kvalitetssikre søkestrategier. Professor Eli Haugen Bunch ved Universitet i Oslo har gitt veiledning gjennom hele studien og vært en nyttig påminner om at vitenskapelig arbeid krever tid og utholdenhet. I siste vanskelige innspurt har min gode kollega Ellen vært kilde til motivasjon. Til sist er det mange i nærmeste familie og vennekrets som har gitt støtte ved å bidra med barnepass, oversettelse og IT-støtte, - uten deres bidrag ville denne studien vært langt vanskeligere å gjennomføre. Kjære guttene mine, Oliver og Felix, takk for hurrarop fra sidelinja gjennom en lang studietid. Til sist den største takk til Jørgen, min kjæreste og mann, for motivasjon, tålmodighet, utholdenhet, støtte, forståelse og tro, - uten deg ville jeg ikke ha klart det. Tusen takk!

Drammen, forsommeren 2008.

Monica Strand

# Innhold

<b>1. INNLEDNING.....</b>	<b>9</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	9
1.2 PROBLEMSTILLING, HENSIKT OG BETYDNING.....	10
1.3 AVGRENSNING.....	13
<b>2. TEORETISK REFERANSERAMME.....</b>	<b>16</b>
2.1 SELVMORD.....	16
2.1.1 Sentrale begreper.....	16
2.1.2 Teorier om selvmord.....	19
2.1.3 Risikofaktorer.....	22
2.1.4 Varselsignaler.....	25
2.1.5 Sykepleie.....	29
<b>3. DESIGN OG METODE.....</b>	<b>36</b>
3.1 FOKUSGRUPPE.....	37
3.2 UTVALG.....	38
3.2.1 Akuttpsykiatri.....	39
3.2.2 Sykepleiere.....	40
3.3 TILGANG TIL FORSKNINGSFELTET.....	40
3.4 GJENNOMFØRING AV FOKUSGRUPPENE.....	41
3.5 REDEGJØRELSE FOR DATAANALYSEN.....	45
3.6 FORSKNINGSETISKE HENSYN.....	48
3.7 KVALITETSVURDERING AV STUDIEN.....	49
3.7.1 Gyldighet.....	49
<b>4. FUNN.....</b>	<b>52</b>
4.1 BAKGRUNN FOR OBSERVASJONER OG VURDERINGER.....	52
4.1.1 Risikofaktorer for selvmord.....	53
4.1.2 Helhetlig kunnskap om pasienter.....	55
4.2 VARSELSIGNALER FOR SELVMORD.....	56
4.2.1 Følelser.....	57
4.2.2 Endring.....	58
4.2.3 Manglende samsvar.....	60
4.3 VARSELSIGNALENES UTTRYKK.....	61

4.3.1	Uro .....	61
4.3.2	Kroppsspråk.....	63
4.3.3	Økt energi og aktivitet .....	65
4.3.4	Utilgjengelighet og taushet.....	66
4.3.5	Selvforakt, skam og avsky.....	69
<b>5.</b>	<b>DISKUSJON.....</b>	<b>72</b>
<b>5.1</b>	<b>HELHET.....</b>	<b>72</b>
<b>5.2</b>	<b>VARSELSIGNALER.....</b>	<b>75</b>
5.2.1	Følelser .....	77
5.2.2	Endring .....	80
5.2.3	Manglende samsvar .....	84
<b>5.3</b>	<b>STUDIENS BETYDNING.....</b>	<b>85</b>
	<b>KILDELISTE .....</b>	<b>90</b>

## TABELL

Tabell 1	Utdrag fra transkribert tekst.....	46
----------	------------------------------------	----

## VEDLEGG

Vedlegg 1	Meldeskjema til NSD
Vedlegg 2	Kvittering på melding fra NSD
Vedlegg 3	Søknad om tilgang til forskningsfeltet
Vedlegg 4	Svar på søknad om tilgang til forskningsfeltet
Vedlegg 5	Informasjonsskriv til sykepleietjenesten
Vedlegg 6	Informasjonsskriv til informanter med samtykkeskriv
Vedlegg 7	Temaguide I
Vedlegg 8	Temaguide II









# 1. Innledning

Denne studien utforsker og beskriver observasjoner og vurderinger sykepleiere foretar ved beskyttelse av selvmordstruede pasienter innlagt i spesialisthelsetjenesten psykisk helsevern.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Selv mord representerer et alvorlig folkehelseproblem (Mehulm et al., 2007). Det er anslått at det i løpet av ett år er ca 1 million mennesker som tar sitt eget liv, og at 9 av 10 land med høyest selvmordsrate er europeiske. Det siste tiåret har selvmordsraten vært relativt stabil i Norge, med rate på rundt 12 per 100 000 innbyggere (Retterstøl, Ekeberg og Mehlum, 2002). Dette tilsvarer omtrent 525-550 selvmord årlig, med variasjoner mellom 500 og 600. Det offisielle tallet over antall selvmord regnes som 10-25 % lavere enn det reelle, blant annet på grunn av mangler ved systemet for registrering (ibid.). Forskning viser entydig at omtrent 90 % av de som tar livet sitt, har en psykisk lidelse på dødstidspunktet (Harris og Barraclough, 1997 og Cavanagh, Carson, Sharpe og Lawrie, 2000). Internasjonale studier viser at mellom fire-sju prosent av alle selvmord blir gjennomført av inneliggende pasienter i psykisk helsevern (Appleby, 1992 og Wolfersdorf, 2000). Dette betyr at selvmordsraten pasienter i psykisk helsevern er høyere enn befolkningen ellers (Wolfersdorf, 2000). Dette bekreftes også i norske studier, både blant inneliggende pasienter (Hyttén og Mehlum, 1993) og blant pasienter i poliklinisk behandling (Rønneberg og Walby, 2008). Forskning viser også betydelig overhyppighet av selvmord blant tidligere innlagte psykiatriske pasienter (Hansen, Jacobsen og Arnesen, 2001 og Walby, Odegaard og Mehlum, 2006). Appleby (2000) hevder at psykiatriske pasienter samlet sett er den gruppen som har høyest risiko for å gjøre suicid, og Gordon (2002) mener at økning i selvmordsrate blant psykiatriske pasienter er godt dokumentert.

Ingen forskning kan vise til at opphopning eller sammensetning av ulike risikofaktorer kan predikere for umiddelbart forestående selvmord (Shea, 2002). Derimot kan man vurdere risiko for selvmord over kort eller lang tid (Simon, 2006). Det vil være av betydning å utforske hva klinikere legger til grunn i sine vurderinger av pasienter som er identifisert som høyrisikopasienter (Rudd, 2008), og betegnelsen varselsignaler for selvmord blir brukt i denne sammenheng (Rudd, 2006). Varselsignaler for selvmord legger vekt på observerbare tegn og symptomer som har klinisk relevans i en selvmordsrisikovurdering, og som kan ha sammenheng med økt risiko innenfor en periode på minutter, timer eller dager (ibid.). Så sent som i juni 2006 slo The American Association of Suicidology (AAS) fast at det er behov for ytterligere forskning på varselsignaler og identifisering av disse ble definert som ett av tre områder hvor forskningen bør sentreres (Rudd et al, 2006).

## 1.2 Problemstilling, hensikt og betydning

For å forebygge selvmord er det av betydning å observere og vurdere risikofaktorer (Shneidman, 1985, Appleby, 2000 og Gordon, 2002). Forebygging av selvmord hviler på kunnskap om hvem som er i risiko for å ta sitt eget liv (Shneidman, 1985). Det er definert behov for å heve kvalitet på selvmordsvurderinger som blir gjort (Sosial og helsedirektoratet, 2008), og å tilpasse vurderingene til klinisk praksis ved å ha økt fokus på dynamiske faktorer og ivaretagelse av holistisk tilnærming til pasienten (Lyons, Embling og Smith, 2000). Studier som omhandler akutte risikofaktorer eller varselsignaler mangler beskrivelser på hvordan den enkelte faktor eller det enkelte fenomen kommer til uttrykk hos pasienten (Appleby, 1992, Powell, Geddes og Hawton, 2000, Qin og Nordentoft, 2005 og Temkin og Crotty, 2004). Det foreligger dermed få beskrivelser av faktorer, tilstander og fenomener helsepersonell må observere og vurdere for å anslå risiko for selvmord de nærmeste timer og dager.

Selvordsrisikovurdering er en sentral oppgave for sykepleiere som arbeider med selvmordstruede pasienter (Lyons, Embling og Smith, 2000 og Aflague, 2004), og sykepleiere kan inneha mye kunnskap om varselsignaler for selvmord.

Selvordsrisiko er dynamisk, og tid svekker nøyaktighet av selvmordsrisikovurderinger som er en vurdering her-og-nå. Selvordsrisikovurdering må derfor være en prosess, og ikke enkeltstående hendelse (Simon, 2006).

Sykepleiere har kontakt med pasienter gjennom hele døgnet og bred erfaring gjennom både et selvstendig ansvar og et delegert ansvar fra behandlende lege eller psykolog om å observere pasienters tilstand i forhold til selvmordsrisiko. Det er enkelte studier som omhandler sykepleieres observasjoner og vurdering av varselsignaler for økt selvmord (Mjøsund, 2003 og Aflague, 2004) og det er publisert artikler om ulike observasjonsverktøy for observasjon av varselsignaler til bruk for sykepleietjenesten (Cutcliffe og Barker, 2004 og Temkin og Crotty, 2004). Felles for disse studiene er at de er beskjedne i sine beskrivelser av varselsignalers uttrykk.

Sykepleie til selvmordstruede pasienter forutsetter kunnskap om varselsignaler for selvmord og hvordan de kommer til uttrykk. Gjennom fem års erfaring fra psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten springer denne studiens problemstilling ut fra en forforståelse om at sykepleiere observerer og vurderer ulike varselsignaler for selvmord i beskyttelse av selvmordtruede pasienter, og at sykepleieres observasjoner og vurderinger er et viktig bidrag for iverksetting av tiltak og tverrfaglig vurdering av selvmordsrisiko. Videre antas det at ved å utforske og beskrive erfarne sykepleiere kliniske erfaringer med oppfølging av selvmordstruede pasienter og hva det er som gjør at de fastslår eller mistenker økt selvmordsrisiko, vil bidra til tiltrengt kunnskap om varselsignaler. Denne studiens problemstilling er som følger: Hvilke fenomener observeres og vurderes som uttrykk for varselsignaler for selvmord hos innlagte pasienter i psykisk helsevern? På denne bakgrunn er det ønskelig å beskrive:

1) Hvilke kliniske, observerbare fenomener beskriver sykepleiere at de observerer og vurderer hos selvmordstruede pasienter som et uttrykk for økt selvmordsrisiko? og

2) Hvordan observerer og vurderer sykepleiere at ovennevnte fenomener kommer til uttrykk hos selvmordstruede pasienter?

Studiens hensikt er å frembringe kunnskap om kliniske, observerbare fenomener som vurderes som varselsignaler for økt risiko for selvmord innen de nærmeste timer eller døgn hos inneliggende pasienter i psykisk helsevern og som sykepleiere observerer, vurderer og handler etter i den hensikt å forebygge alvorlig selvmordsforsøk eller selvmord. Refleksjon, bevisstgjøring og utdypet innsikt kan føre til at man handler annerledes (Repstad, 1998). Ved å øke kunnskap om varselsignaler for selvmord vil kompetanse i selvmordsrisikovurdering heves. Dermed kan man lettere identifisere de som er i økt risiko for selvmord, og tiltak kan iverksettes (Busch, Fawcett og Jacobs, 2003). Dette vil ha betydning for den enkelte pasient, pårørende og samfunnet som helhet.

Sykepleieforskningens særegne mål er forbedring av sykepleien, og viktigheten av utvikling av kunnskap innenfor det kliniske området understrekes i sentrale dokumenter som omhandler sykepleieforskning (Nord og Fagermoen, 1998). Det er vitenskapens oppgave å oppdage, identifisere og beskrive trekk ved fenomener for å oppnå mer systematiske beskrivelser og forklaringer om dem (Kim, 2000). Kim (ibid.) deler det sykepleievitenskapelige faget i fire domener, hvor studiens problemstilling plasseres i praksisdomenet. Forståelse og forklaring av sykepleiepraksis og hvordan vi kan forbedre utøvelse av sykepleie er sentrale spørsmål innenfor praksisdomenet. Økt kunnskap på dette området kan bidra til økt forståelse og rasjonale for sykepleie og øke fagets handlingsrepertoar (ibid.). Observasjon av pasienters problem og vurdering blir av Kim vurdert som sentrale temaer innenfor dette domenet (ibid.). Det vil være av betydning at det settes fokus på sykepleieres observasjoner og vurdering av varselsignaler, da sykepleieres legitimitet vedrørende disse oppgaver ofte er mangelfull (Benner, 1984). Ved å beskrive sykepleieres språk, kan det bidra til felles forståelse og kunnskap om klinisk praksis som kan ha betydning for andre sykepleieres utvikling (ibid.). Studiens problemstilling er av

betydning for sykepleie da sykepleiere er en gruppe som har tett kontakt og oppfølging av selvmordstruede pasienter (Aflague, 2004). Studiens funn kan sammen med annen forskningslitteratur forbedre grunnlaget for kvalitetssikring, systematisering og dokumentasjon av sykepleiefaglig oppfølging av selvmordstruede pasienter og tverrfaglige selvmordsvurderinger (Lyons, Price, Embling og Smith, 2000).

### 1.3 Avgrensning

Studiens problemstilling omfatter sykepleieres observasjoner og vurderinger av varsel signaler for økt selvmordsrisiko hos selvmordstruede voksne pasienter innlagt i psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Hvordan sykepleieres prosess vedrørende observasjon og vurdering foregår vil bli berørt, men fremstår ikke som en sentral del av studien. Sykepleie til selvmordstruede pasienter forutsetter ulike type kunnskap på mange områder. Relasjonelle tilnærminger som omsorg, empati, akseptasjon og bekreftelse har betydning for pasienters bedringsprosesser (Vatne, 2006). Kvalitet på relasjonen mellom sykepleier og pasient kan antas å ha vesentlig betydning for hvilke varsel signaler sykepleier observerer og vurderer, og hvilke signaler pasienten uttrykker. Sykepleie til selvmordstruede pasienter alltid vil være avgjørende å strekke seg mot pasienters virkelige behov og hvem han er som menneske (Lindström, 2003). Denne studien har ikke anledning til å beskrive dette nært beslektede tema. I observasjon og vurdering av selvmordstruede pasienter vil det være andre faktorer enn varsel signaler for selvmord som har betydning. Pasienters ressurser eller levede faktorer er en vesentlig del i en slik sammenheng og sykepleie som helhet. Denne studien har fokus på de signaler som gjør at sykepleier vurderer at det foreligger økt selvmordsrisiko, og vil ikke beskrive pasienters ressurser i utstrakt grad. Studien presenterer sykepleieres observasjoner og vurderinger. Som i et ledd i å øke kunnskap om varsel signaler for selvmord kunne det vært interessant å drøfte studiens

problemstilling i lys av personer som tidligere har vært innlagt med selvmordsproblematikk og beskrevet deres syn på tema. Denne studiens omfang tillot ikke det. Problemstillingens mange skjæringspunkter mot andre temaer er blitt avgrenset i stor grad grunnet ønske om å forsøke å gå i dybden på det vesentligste. Et unntak er risikofaktorer for selvmord. Studiens teoretiske gjennomgang viser at risikofaktorer og varselsignaler for selvmord kan være vanskelig å skille fra hverandre, og at det er tildels stor variasjon i bruk av ulike begrep som har med risiko for selvmord å gjøre. Det ble derfor sett på som hensiktsmessig å presentere litteratur om begge tema, både i et forsøk på å tydeliggjøre forskjellen på dem og fordi både risikofaktorer og varselsignaler for selvmord vil være av betydning i vurdering av selvmordsrisiko. Behandling av selvmordstruede pasienter i psykiske helsevern møter også utfordringer av juridisk og etisk art. Juridiske og etiske temaer blir definert utenfor denne studiens problemstilling og vil ikke bli problematisert. Selvskading er ett tema som kan ligge tett opp til selvmordsproblematikk. Denne studien vil ikke foreta beskrivelser om selvskading som tema eller problematisere det opp mot selvmord.

I kapittel 2 presenteres studiens teoretiske referanseramme. Først presenteres en rekke begreper som har med selvmord å gjøre, og som er grunnlag for denne studien. Deretter er det en introduksjon av ulike teorier om selvmord, for å gi en introduksjon til selvmord som fenomen. Å kjenne til teorier om selvmord har betydning for observasjon og vurdering av varselsignaler. I klinisk praksis vil det alltid være nyttig å ha en bred bakgrunn for forståelse av selvmord som fenomen, mens denne studien har hatt anledning til kun å presentere noen smakebiter. Så presenteres en gjennomgang av aktuell teori om risikofaktorer og varselsignaler. Til sist i teoretisk referanseramme belyses beskyttelse av selvmordstruede pasienter i et sykepleiefaglig perspektiv. Kapittel 3 gir en grundig redegjørelse for gjennomføring av studiens design og metode, inkludert beskrivelse av funn og vurdering av studiens kvalitet. Her er det forsøkt å benytte allsidig metodelitteratur som begrunnelse for de forskningsmessige



valg som er gjort underveis. En slik fremstilling vil nødvendigvis fremstå som noe lineær, og yter nok ikke rettferdighet til forskerprosessens sirkularitet selv om dette er forsøkt beskrevet. Sist presenteres studiens diskusjonskapittel, hvor studiens funn ses i lys av relevant teori og forskning. Monografien avsluttes ved en kort oppsummering og presentasjon av studiens betydning for praksis og videre forskning.

For å forenkle språket brukes psykiatrisk pasient eller pasient om person som er innlagt i psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Om lukket enhet i psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten brukes hovedsakelig begrepet akuttpsykiatri. For å tydeliggjøre teksten gjennom oppgaven brukes hun om sykepleier og han om pasient. For variasjon og språklig flyt vil begrepene informanter, sykepleiere eller fokusgruppe brukes om utvalget.

## 2. Teoretisk referanseramme

Dette kapitlet presenterer studiens teoretiske referanseramme. Denne rammen fungerer som inspirasjon og grunnlag for refleksjon og drøfting av problemstillingen (Malterud, 2003 og Polit og Beck, 2004). Søkestrategi ble kvalitetssikret sammen med bibliotekar og ved bruk av litteratur om kunnskapshåndtering (Bjørndal, Flottorp og Klovning, 2007). Basene Cinahl, Pubmed, Psychinfo og Bibsys Ask ble benyttet til ulike kombinasjoner av ordene *suicide*, *suicidal*, *suicide attempt*, *suicide risk*, *risk factors*, *acute risk factors*, *warning signs*, *acute psychiatry*, *psychiatric emergency services*, *psychiatric hospitals*, *psychiatric institutions*, *assessment*, *evaluate*, *deliberate*, *observation*, *observation methods*, *inpatients*, *psychiatric patients* og *nursing*. Søkene ble begrenset til funn på norsk, svensk, dansk og engelsk. Sentrale nettsider som [www.helsebiblioteket](http://www.helsebiblioteket), [www.selvford.no](http://www.selvford.no) og [www.fhi.no](http://www.fhi.no) ble også benyttet som kilder til informasjon om problemstillingen. Litteratur er blitt innhentet før, under og etter datasamling, og blitt brukt aktivt under hele forskningsprosessen.

### 2.1 Selvmord

Først presenteres begreper knyttet opp til selvmord som benyttes gjennom oppgaven eller som ligger til grunn for den. Deretter vil ulike teorier om selvmord beskrives kort, før risikofaktorer og varselsignaler for selvmord presenteres i hvert sitt delkapittel. Kapitlet avsluttes med presentasjon av sykepleie til selvmordstruede pasienter.

#### 2.1.1 Sentrale begreper

*Selvford* kan defineres som (Retterstøl, Ekeberg og Mehlum, 2002, s.12):

---

*Selvord er en bevisst og villet handling, som individet foretar for å skade seg selv, og hvor skadene har ført til døden.*

Denne definisjonen er oversatt av Retterstøl fra psykiateren Stengel sine arbeider og er mye brukt i Norge (ibid.). Det foreligger også definisjoner på selvmord som ikke bringer inn element av at handlingen skal være bevisst og villet. De definisjonene dekker også selvmord foretatt av personer med nedsatt bevissthet og tilregnelighet, for eksempel personer i sterk psykose. Uansett diagnose vil det alltid kunne være diskusjon på hvorvidt handlingen var bevisst og villet, og hvorvidt vedkommende var tilregnelig i gjerningsøyeblikket.

*Selvordsforsøk* beskrives slik (ibid., s. 13):

*Ved selvordsforsøk forstår vi en bevisst og villet handling som individet har foretatt for å skade seg selv, og som individet ikke kunne være helt sikker på å overleve, men hvor skaden ikke har ført til døden. En, om enn vag, intensjon om å dø har vært til stede.*

Hvorvidt man kan være sikker på å overleve eller ikke er ikke alltid enkelt for helsepersonell eller den som skader seg å avgjøre. Definisjonen sier noe om at det har vært en viss intensjon om å dø til stede, og forsøker å skille selvordsforsøk fra selvskadning uten ønske om å dø.

*Selvordstanker* omfatter de tanker man har om å ta sitt eget liv. Disse kan meddeles andre spontant, eller ved spørsmål, eller man kan la være å meddele de til andre.

*Selvordsplaner* omfatter de planer man har for å gjennomføre de tankene man har for å gjøre slutt på livet. *Selvordatferd* og *selvordshandlinger* er samlebetegnelse på handlinger som har med forberedelse og gjennomføring av selvmord. *Intensjon* beskriver grad av ønske og forventning om å gjennomføre selvmord eller å dø av selvordsforsøk.

*Kartlegging* av selvordsrisiko innebærer å spørre pasienter om vedkommende har eller har hatt selvordstanker eller selvordsplaner, og om personen tidligere har gjennomført selvordsforsøk (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). En person som har

alvorlige selvmordstanker og hvor selvmordsrisiko er vurdert til å foreligge, er i følge Retterstøl et al. (2002) selvmordstruet. Forfatterne skiller ikke på hvorvidt det foreligger risiko over tid eller i nærmeste fremtid. I denne studien vil termen *selvmordstruet pasient* henseile til de pasienter hvis det er foretatt tverrfaglig selvmordsrisikovurdering og hvor man vurderer at vedkommende er i risiko for selvmord innen minutter, timer og nærmeste dager. Vurdering av *selvmordsrisiko* kan defineres slik:

*Selvmordsrisiko defineres som en risiko for at et menneske vil ta livet sitt i en gitt tidsperiode i en gitt situasjon. En vurdering av selvmordsrisiko er derfor både en vurdering av en person og en situasjon. (...) Aktuell psykisk status vurderes i relasjon til risikofaktorer og selvmordstanker eller – planer (Sosial- og helsedirektoratet, 2008 s. 14).*

Psykisk status, risikofaktorer samt selvmordstanker og – planer, sett i forhold til situasjon og tid, beskrives her i sentrale føringer som hovedelementer i vurdering av selvmordsrisiko. Rudd (2003) og Rudd et al. (2006) definerer forskjellene på risikofaktorer og varselsignaler for selvmord. *Risikofaktorer* for selvmord sier noe om risiko for selvmord over tid og er statiske, langvarige og lite foranderlige. *Varselsignaler* for selvmord skiller seg fra risikofaktorer for selvmord på flere områder og beskrives som fenomener som er knyttet til person i nåtid (Rudd, 2003). Varselsignaler er akutte, forbigående og kan bli borte ved løsning på en krise. Varselsignaler sier noe om tilstedeværelse av nåværende suicidal krise og krever spesifikke og umiddelbare intervensjoner (Rudd et al., 2006). Varselsignaler for selvmord sier noe om hva pasienten gjør og noe om hva pasienten uttrykker. Til forskjell fra risikofaktorer er varselsignaler mindre spesifikke, mindre empirisk dokumentert, relatert til risiko i nær fremtid, episodiske og dynamiske. Risikofaktorer kan vurderes separat, mens varselsignaler må ses i sammenheng med andre varselsignaler. Risikofaktorer har objektiv kvalitet (for eksempel tidligere selvmordsforsøk), mens varselsignaler er observerbare og subjektive (for eksempel tilbaketrekning) (Rudd, 2006 og Rudd et al., 2008). Forskjellene på begrepene kan også beskrives slik (Rudd, 2006 s. 258):

---

*A suicide warning sign is the earliest detectable sign that indicates heightened risk for suicide in the near-term (i.e., within minutes, hours, or days). A warning sign refers to some feature of the developing outcome of interest (suicide) rather than to a distinct construct (e.g., risk factor) that predicts or may be casually related to suicide.*

Rudd et al. (2006) beskriver varselsignaler som bestående av signaler eller tegn som kan observeres hos en person og som er manifestasjoner av underliggende symptomer, i tillegg til at det er symptomer som en person kan rapportere til den andre. Symptomer kan altså ikke direkte observeres av andre, men signaler eller tegn som forstås som underliggende symptomers atferdsmessige manifestasjoner og kan direkte observeres av andre, de reflekterer nåværende tilstand hos vedkommende og indikerer tilstedeværelse av en *selvmordskrise*. En selvmordskrise betegner en tidsbegrenset psykologisk tilstand, til forskjell fra selvmordsrisiko som betegner vekting av ulike faktorer som alder, kjønn, psykiatrisk diagnose, tidligere selvmordsforsøk, impulsivitet og rus (Hendin, Maltseberger og Szanto, 2007).

Andre beslektede uttrykk til varselsignaler er akutte risikofaktorer, dynamiske risikofaktorer, korttidsfaktorer, akutt risiko og nært forestående selvmord. Denne studiens presentasjon av forskning definerer studiene inn i risikofaktorer og varselsignaler for selvmord slik som det er beskrevet her.

## 2.1.2 Teorier om selvmord

Selvmord er et særdeles komplekst og sammensatt fenomen. Selvmord kan beskrives, forstås og behandles fra flere tradisjoner og fag, blant annet sosiologi, psykologi, psykiatri, biologi og kunnskap om psykososiale forhold. Sosiologen Durkheim (2001) så på mennesket som et sosialt vesen og selvmordet som et resultat av ubalanse mellom fellesskapet og individet. Han hevdet at økt selvmordshyppighet kan skje som resultat av både for tette og for løse bånd mellom samfunn og individ. Psykologen Freud utformet en teori om selvmord hvor hovedfokus er på hat og raseri hos den enkelte og som individet vender innover, mens senere psykodynamisk teori har hatt

økt fokus på suicidogene personlighetstrekk og individets forhold til andre (Dieserud, 2006). Stengel (1974) beskriver fenomenet selvmord i en sykdomsmodell, hvor selvmord defineres som en del av psykisk sykdom. Shneidman (1996) hevder at av omtrent alle selvmord han har sett, så er vedkommende drevet av smerte. Suicidale fantasier og handlinger er virkemidler for å unnslippe sjelelig og psykologisk smerte. Shneidmans modell for å forstå selvmord består av ti punkter og sammenfattes slik (Shneidman, 1985, Dieserud, 2006):

1. Den selvmordstruede forsøker å flykte fra uutholdelig psykisk smerte.  
Uutholdelig psykisk smerte (psychache) er kjennetegnet på følelser som ligger bak selvmordet. Smerten kan være kombinasjoner av hat, skam, skyld, frykt, protest og lengsler – og det er for smertefullt å ha det slik og vilje eller evne til å tåle denne smerten er ikke til stede.
2. Selvmordet er en reaksjon på frustrerte psykologiske behov. Grunnleggende psykologiske behov som trygghet, tilhørighet, akseptering, respekt, omsorg og utfordring er ikke stilt og dette skaper dyp frustrasjon.
3. Hensikten med selvmordet er å søke en løsning, det er en vei ut av et dilemma, utfordring, krise eller uutholdelig situasjon.
4. Målet med selvmordet er å bli ikke-bevisst; å stoppe smertefull bevissthet, mer enn at det er døden i seg selv som søkes.
5. Den vanligste følelsen i selvmord er påtrengende håpløshet. Tett forbundet med denne følelsen er opplevelse av overveldende ensomhet.
6. Den vanligste holdningen i selvmordet er ambivalens. Vedkommende planlegger både selvmordshandlingen og redningen på samme tid; man både vil og vil ikke.

7. Den vanligste kognitive tilstanden i selvmord er innsnevring. Vedkommende preges av et tunnelsyn hvor mulighetene for løsning snevrer seg inn mot selvmordet og andre muligheter er utenfor rekkevidde.
8. Den vanligste mellommenneskelige handlingen i selvmord er kommunikasjon av intensjon. Opp til 80 % av de som tar livet sitt har på forhånd gitt signaler om hva som skal skje, enten bevisst eller ubevisst.
9. Den vanligste handlingen i selvmord er å flykte.
10. Å betrakte selvmord som en løsning kan være en del av livslange mestringsmønstre. Mennesker har en viss konsistens i sine mestringsmønstre, slik at vanskelige hendelser og psykologisk smerte håndteres gjennom livet på måter som kan ha mange likhetstrekk.

En persons selvmord kan forstås som en prosess fra utvikling av vage og spredte selvmordstanker, gjennom mer intense og varige tanker og planer om måter å unnsnippe på og skade seg på, til et eller flere forsøk og til gjennomføring av selvmord. Denne selvmordsprosessen er beskrevet av Retterstøl (Retterstøl et al., 2002). Prosessen varierer fra menneske til menneske med hensyn til varighet, intensitet og antall forsøk. Hos noen vil det ta flere år fra den første tanken om å slippe unna alt, til at man fullbyrder selvmord. Hos andre vil det kun ta kort tid. Det vil også variere hvorvidt og når man meddeler tanker og planer om selvmord til andre, og hvor fort eskaleringen fra ikke-skadelige selvmordsforsøk til mer skadelige forsøk og til slutt dødelig, går. Denne modellen bygger på at det eksisterer en underliggende sårbarhet av biologiske og psykologiske trekk, som sammen med ulike stressorer kan aktivere suicidale tanker, planer og handlinger.

Ringel (1979) har beskrevet selvmordsprosessen på en annen måte enn Retterstøl. Prosessen består av tre faser. Den første fasen er preget av innsnevring og isolasjon, med tap av krefter, stagnasjon, passivitet og mangel på ideer og mangel på

uavhengighet og kan også komme til uttrykk gjennom klenging og perpleksivitet. Mulighet for aktiviteter synes færre, og synet på verden blir mer og mer ensidig. Etter hvert fører dette til mindre kontakt med andre mennesker, og i neste omgang vil dette føre til at man unngår andre og heller velger å isolere seg. Den andre fasen er preget av ulike typer aggresjon, spesielt rettet mot en selv. I denne fasen kan man også være preget av en rolig og uforstyrrelig, avklart holdning, som kan bli misforstått som en bedring og først forstått i ettertid. Den tredje fasen innebærer flukt fra realitetene ved dagdrømmer og fantasier, gjerne om å ta sitt eget liv. Ringel (ibid.) hevdet at det var mer hensiktsmessig å gjenkjenne symptomer på disse fasene, enn å ha inngående kjennskap til vedkommendes psykiatriske diagnose.

### 2.1.3 Risikofaktorer

Selv mord er den alvorligste konsekvens av psykisk lidelse. De fleste psykiske lidelser gir en forhøyet risiko for selvmord (Appleby, 1992). Det er oftest depresjon, stoffmisbruk eller personlighetsforstyrrelse som har sammenheng med selvmord (Retterstøl et al., 2002). Hele spekteret av suicidalitet fra tanker, planer og gjennomføring er forbundet med depresjon, og denne sammenhengen er sterkere jo dypere depresjonen er (ibid.). Omtrent halvparten av alle som dør i selvmord oppfyller kriteriene til en depressiv diagnose (Kutcher og Chehil, 2007). Av personer med manisk-depressiv diagnose vil mellom 10-20 % ende livet med selvmord (Rettersøl et al., 2002). Depresjon eller bipolar lidelse er forbundet med forhøyet risiko for selvmord ved tilstedeværelse av håpløshet, nedstemthet, panikkanfall, konsentrasjonsproblemer, søvnløshet, alkoholmisbruk og tap av glede. (Retterstøl et al., 2002 og Kutcher og Chehil, 2007). Ved depresjon skal man også være spesielt oppmerksom på psykomotorisk bedring uten at sinnsstemningen har forbedret seg, slik at vedkommende kan ha fått krefter til å gjennomføre suicid. Selvmord hos personer med schizofreni har økt de senere år. Dette kan ha sammenheng med nedbygging av totale antall psykiatriske behandlingsplasser uten tilstrekkelig



---

oppbygging av nødvendige støttetiltak utenfor institusjon (Helsedirektoratet, 1993 og Retterstøl et al., 2002). Det er tidoblet risiko for selvmord hos personer som har en schizofrenidiagnose, sammenlignet med befolkningen for øvrig og tilstedeværelse av psykotiske symptomer forekommer i 10 % av alle selvmord (Kutcher og Chehil, 2007). Ulike angstlidelser, særlig knyttet til depresjon og personlighetsforstyrrelser gir forhøyet selvmordsrisiko (Retterstøl et al., 2002).

Misbruk av alkohol er en viktig risikofaktor for selvmord. Det viser seg at en tredjedel av alle som har begått selvmord har hatt diagnosen alkoholisme. Opptil 30-50 % er alkoholpåvirket under selvmordsforsøket eller selvmordet. Mange misbrukere fyller også diagnostiske kriterier som depresjoner, angsttilstander og personlighetsforstyrrelser (Helsedirektoratet, 1993).

Tidligere selvmordsforsøk er forbundet med forhøyet fare for å ta selvmord, og er en av de viktigste risikofaktorer (Kutcher og Chehil, 2007). Undersøkelser viser at risikoen for denne gruppen er 40-50 ganger høyere enn forventet. Risikoen er størst innen ett år etter et selvmordsforsøk. Alvorlige selvmordsforsøk, som krever medisinsk behandling eller som førte til varig skade, med høy intensjon og bruk av høyrisiko metoder som henging eller våpen og hvor vedkommende har gjort forberedelser for ikke å bli oppdaget, er forbundet med størst risiko for selvmord i fremtiden (ibid.).

Personer med psykisk lidelse som er innlagt i psykisk helsevern er definitivt den gruppen som er i høyest risiko for selvmord, hevder Appleby (1992). Personer som får behandling i psykisk helsevern har ofte psykiske lidelser forbundet med forhøyet risiko for selvmord som beskrevet over (Sokolov, Hilty, Leamon og Hales, 2006). Det er dokumentert at innleggelse og utskrivelse er høyrisikoperioder for pasienter innlagt i døgnenheter i psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet, 2008) og at selvmord tenderer mot å bli gjennomført i løpet av den første uken etter innleggelse eller første uke etter utskrivelse (Qin og Nordentoft, 2005). Disse periodene kan være preget av

raske skiftninger hos pasienter og hektisk aktivitet blant helsepersonell, og setter store krav til observasjoner og vurderinger. Rønneberg og Walby (2008) finner i sin studie, basert på meldinger fra helseforetakene, at 76 personer i løpet av to år tok sitt eget liv mens de var innlagt til døgnbehandling i psykisk helsevern. Det er antatt at det er mørketall. Etter henging (Hyttten og Mehlum, 1993) er den andre mest vanlige metode ved selvmord blant inneliggende pasienter å ta livet sitt ved drukning, hopping eller å løpe ut i trafikk etter at de har stukket av fra sykehuset (Lieberman, Resnik og Holder-Perkins, 2004). Kjønnforskjellene i gjennomførte selvmord er ikke like stor blant innlagte pasienter i psykisk helsevern, som i samfunnet ellers (ibid.). I samfunnet som helhet gjennomfører menn ca tre ganger så mange selvmord som kvinner (Gjertsen, 2003). Blant menn er risikoen størst i alderen 20-29 og over 60 år, mens for kvinner er risikoen størst i alderen 40-69 (ibid.).

De fleste personer med psykisk lidelse uavhengig innleggelse i psykisk helsevern gjennomfører verken selvmordsforsøk eller selvmord. Omtrent fem seksdeler av alle selvmord gjennomføres av personer som ikke er tilknyttet behandling i psykisk helsevern (Retterstøl et al., 2002). Det er derfor viktig å undersøke nærmere hvilke andre underliggende faktorer enn psykisk lidelse som kan være av betydning når man vurderer selvmordsrisiko (ibid. og Apter og Ofek, 2001). Ulike sosiologiske faktorer som for eksempel økonomi, arbeidsledighet, bolig og tilgang til midler å skade seg med kan påvirke hvorvidt om selvmord gjennomføres. Ulike psykososiale forhold som kan ha sammenheng med selvmord er kriser, oppvekstvilkår med oppløste hjem, fysisk og psykisk misbruk, mobbing, arbeidsløshet, økonomiske problemer, arbeidsløshet, forekomst av selvmord i familien eller omgivelsene, forhold som fører til skam og nederlagsfølelse, sosial isolasjon og homofili (Rettersøl et al., 2002). Av psykososiale risikofaktorer er det kriser og sosial isolasjon som kan være av størst betydning for innlagte i akuttpsykiatri. Ved kriser foreligger det store påkjenninger og viktige verdier trues samtidig som vanlige mestringsstrategier ikke strekker til. Krise utgjør ikke en risiko for seg selv, men sammen med sårbarhet for

avvisningsopplevelser kan særlig kriser med store konflikter eller brudd i mellommenneskelige forhold føre til raske skiftninger i stemningsleie (Helsedirektoratet, 1993). Sosial isolasjon er en klar risikofaktor for selvmordshandlinger, både i form av utstøtning eller tilbaketrekning. Eldre og unge mennesker er særlig sårbare for isolasjon (ibid.).

Av biologiske årsaksforhold til selvmord er lav serotininomsetning alene eller i kombinasjon med høyt nivå av stresshormoner, høyt kolesterolnivå og fysiske sykdommer med kronisk og smertefullt forløp funnet som betydning for selvmord (Retterstøl et al., 2002).

#### 2.1.4 Varselsignaler

Risikofaktorer vil ikke være til særlig hjelp til vurdering på kort sikt (Cassels, Paterson, Dowding og Morrison, 2005). I sin gjennomgang av teori, forskning og klinisk betydning av varselsignal, ved konsensusdrøftinger blant medlemmer av AAS, hevder Rudd et al. (2006) at varselsignaler for selvmord må forstås i et hierarkisk system. Selvmordsatferd som å true med og ta sitt eget liv, å lete etter metoder å ta livet sitt på og å snakke eller skrive om døden eller selvmord, er de alvorligste varselsignaler som krever at man umiddelbart tar affære for grundigere vurdering. Retterstøl et al. (2002) poengterer også nødvendighet av å observere og vurdere bevisst selvmordsatferd, uttalte tanker og planer, selvmordsmeddelelser og den enkeltes selvmordsprosess og problemer, ressurser og relasjoner. Rudd et al. (2006) hevder videre at varselsignaler som også krever snarlig vurdering er håpløshet, raseri eller sinneutløst hevntanker og – planer, skjødesløs eller risikofylt atferd, følelse av å være fanget uten mulighet til å unnsnippe, økt bruk av alkohol eller narkotika, tilbaketrekning fra familie, venner og samfunnet, angst, uro og vanskeligheter med å sove eller kontinuerlig behov for å sove, dramatiske endringer i sinnsstemning eller opplevelse av ingen grunner for å leve eller ingen mening med livet. Senere (Rudd,

2008), hvor varselsignalenes betydning i klinisk praksis diskuteres, nevnes også varselsignaler som rastløshet og tilbaketrekning. Artikkelen gir eksempler på hvordan håpløshet kan komme til uttrykk hos suicidale pasienter, som for eksempel gjennom ikke å følge opp anbefalt behandling, lite engasjement og manglende evne til å sette ord på grunner til å leve. De andre varselsignaler blir ikke beskrevet ytterligere. Spesielt blir det vektlagt at klinikere må være i stand til å gjenkjenne diskrepans i hva pasienten sier og hva han gjør. I mange situasjoner hvor pasienter er i høy risiko for å ta livet sitt, vil de kommunisere noe, mens deres atferd viser noe annet. Rudd (ibid.) mener at han implisitt viser sammenheng mellom varselsignaler for selvmord, håpløshet og intensjon om å dø. Når intensjonen om å dø og håpløsheten øker, vil også observerbare og uttrykte varselsignaler for selvmord øke. Varselsignaler for selvmord er dermed objektive markører på vedkommendes intensjon om å dø, hevder forfatteren.

Cassels et al. (2005) belyser i sin oversiktartikkel risikofaktorer for selvmord blant psykiatriske pasienter. Studiens korttidsrisikofaktorer sammenfaller med denne studiens definisjon av varselsignaler. Varselsignaler som må vurderes for å si noe om selvmordsrisiko på kort sikt er sterk uro, panikkanfall, gledesløshet, bekymring og sinnsopprør. Studien påpeker behovet for å vite mer om hvordan selvmordstanker varierer i løpet av innleggelse i sykehus, og sammenhengen mellom suicidale tanker, intensjon og håpløshet. Opp til 80 % av de som tok livet sitt innlagt i sykehus, var på forhånd vurdert som ikke selvmordstruede, hevdes i oversiktsartikkelen (ibid.). Grad av innsikt kan ha både positive og negative virkninger ved psykisk lidelse. Det synes som om stor grad av innsikt i lidelsen og dets konsekvenser for funksjon og sosiale konsekvenser, er forbundet med risiko ved psykoselidelser, spesielt schizofreni. Andre varselsignaler er rusavhengighet som tilleggdiagnose, dårlig etterlevelse av medikamentell behandling og sosiale faktorer som relasjonelle konflikter og tap av sosial støtte. Oversiktsartikkelen viser til flere studier som belyser betydningen av pasienters opplevelse av fremmedgjøring i forbindelse med selvmordsrisikovurdering.

Pasienter kan oppleve fremmedgjøring når personale og andre vurderer de som provoserende, urimelige eller for avhengige. Bedring av klinisk tilstand blir vurdert som varselsignaler, og støttes også i en norsk studie (Hyttén og Mehlum, 1993). Busch, Fawcett og Jacobs (2003) har gjennomgått journaler til 76 pasienter som hadde tatt sitt eget liv. Et gjennomgående trekk ved alle journalene var at de viste svingninger i pasientens psykiske tilstand uken før selvmordet, spesielt ved at alvorlighetsgraden ved symptomene varierte. Pasientene kunne være vurdert som å være i en bedringsfase, oftest i en kort periode, før de igjen viste forverring. Tidligere studier har også funn som viser at pasienter var vurdert som i bedring eller stabil fase ved selvmordstidspunktet (Hyttén og Mehlum, 1993 og Cassels et al., 2005). Halvparten av pasientene hadde hyppig tilsyn eller kontinuerlig observasjon som tiltak på grunn av vurdert høy selvmordsrisiko i tiden for selvmordet (Buch et al., 2003). Studien fant alvorlig angst og ekstrem uro hyppigst sammenfallende med selvmord blant inneliggende pasienter, nær 80 % av pasientene hadde vist symptomer på dette innen en uke før selvmordet. Dette funnet hevdes korrelerende med tidligere forskning. Forfatterne gir beskrivelser på hvordan angst og uro kom til syne i studien, for eksempel: alvorlig panikk, selvmordstanker, økt grubling, nervøsitet, agitasjon, urolighet, labilitet, overveldelse, avkrefte suicidale tanker, ute av stand til å sove, spise og konsentrere seg, håpløshet, kontaktsøkende, redd for egne impulser og rastløs. Studien reiser problemstillingen hvorvidt det er av betydning å vurdere symptomer på angst, bekymring og sinnsopprør og deres alvorlighetsgrad, enn kun diagnostiske kriterier. Den antatte grunn for symptomet kan være av mindre betydning enn hvordan det kommer til uttrykk og dets alvorlighetsgrad. I en senere studie (Busch og Fawcett, 2005) finner man at sterk angst og uro er korrelerende med selvmord blant inneliggende pasienter, og konklusjonen er at systematikk rundt vurdering av disse tilstandene er for dårlig.

I studie av Hendin, Maltzberger, Lipschitz, Haas og Kyle (2001) ble 26 selvmord grundig gjennomgått. Tre fenomener viste seg å være gjennomgående. Selvmordskrise

så ut til ofte å bli utløst av en form for betydningsfull livshendelse som også innebar en form for tap; brudd med betydningsfulle relasjoner, tap av arbeid eller alvorlig sykdom hos sine nærmeste. Studien viste også at depressive symptomer ble observert hos alle pasientene. Andre mer langvarige affektive tilstander som følelse av forlatthet, avvising, kronisk håpløshet, ensomhet og selvhat var tilstander som innfiltret seg i nåværende depresjon. I tillegg ble andre mer akutte tilstander som respons på ulike hendelser i livet, også knyttet til selvmordskrise: desperasjon, forlatthet, angst, sinne, skam. Til sist beskriver studien at gjennomgående alle pasientene i tiden rett før selvmordet hadde gitt uttrykk for selvmordstanker – eller planer, og at hasardiøs eller selvskadende atferd hadde eskalert. I en videreføring av studien, utforsket Maltzberger, Hendin, Haas og Lipschitz (2003) de utløsende årsaker til selvmord blant psykiatriske pasienter. Studien viser at ulike hendelser i nært tidsperspektiv til selvmordet synes som utløsende for handlingen. Disse hendelsene kunne vært utløst av pasienten selv, som for eksempel blamerende atferd på jobb eller økende misbruk av alkohol med tilhørende alvorlig episode med vold, i tillegg til utenforstående faktorer som plutselig død eller alvorlig sykdom hos nære pårørende.

Som et bidrag til å øke kunnskap om varselsignaler for selvmord, utforskes hvilke forskjeller det er blant personer med alvorlig depresjon som ikke har tatt sitt eget liv med personer med alvorlig depresjon som har tatt sitt eget liv (Hendin, Maltzberger, Haas, Szanto og Rabinowicz, 2004 og Hendin et al., 2007). Først og fremst ble følelse av desperasjon forbundet med de pasientene som tok livet sitt. Kjentetegnet ved desperasjon, med eller uten samtidig følelse av håpløshet, blir beskrevet som inderlig sjelenød hvor det ikke er av betydning at man kan komme til å bli bedre, for man holder ikke ut nåværende følelser. Det ser ut til at følelse av håpløshet har vært tilstede lenger enn hos kontrollgruppen, og at denne følelsen har vart lenger enn følelse av desperasjon. I tillegg opplevde flesteparten av pasientene som tok sitt eget liv at livet deres hadde kollapset og at døden ble sett på som eneste utveien til å oppnå

lindring og kontroll. Studiene bekrefter også at tilstedeværelse av håpløshet, sinne, forlatthet, selvhat og følelse av angst og uro kan bidra til å øke akutt selvmordsrisiko.

Mjø Sund (2003) sin studie om sykepleieres bidrag i tverrfaglig vurdering av selvmordsfare i akuttpsykiatri viser at sykepleiere observerer og vurderer risikofaktorer for selvmord og følelse av håpløshet og ambivalens hos pasient som viktige kilder til tverrfaglig vurdering av selvmordsfare. I tillegg blir informasjon om pasienters unnvikelse i relasjon til sykepleiere og sykepleieres egen magefølelse kilder til viktig informasjon om selvmordsrisiko.

Høyest risiko ses hos pasienter med tidligere forsøk i sykehus, ekstrem følelse av håpløshet, eller ekstrem angst eller panikkanfall (Sokolov et al, 2006 og Kutcher og Chehil, 2007). Kutcher og Cehil (2007) hevder at også skam eller ydmykelse, nedsatt selvfølelse, impulsivitet, aggresjon og uro gir forhøyet risiko blant innlagte personer i psykisk helsevern.

### 2.1.5 Sykepleie

Psykiatrisk sykepleie er en spesialisert form for sykepleie, og kan hevdes å bygge på biopsykososial modell, hvor faget består av ulike teorier hentet fra biologi, psykologi og sosiologi (Boyd, 2003, Espnes og Smedslund, 2001). Psykiatrisk sykepleies kjerneområder befinner seg innenfor et bredt spekter av aktuelle eller potensielle mentale helseproblemer (Boyd, 2003). Klart definert innenfor disse områdene finner vi helseproblemer som emosjonelt stress og smerte, refleksjoner over temaer knyttet til liv og død, problemer knyttet til følelser som angst, sinne, kraftløshet, ensomhet og sorg, relasjonelle problemer, problemer i forhold til kognisjon, persepsjon og kommunikasjon, - for å nevne noen områder som alle kan ha betydning i utøvelsen av sykepleie til selvmordstruede mennesker. Å arbeide med mennesker som er i fare for å skade seg selv eller andre er også eksplisitt definert som en av psykiatrisk sykepleies

gjenstandsområder (ibid.). Vurdering er en av kjernekomponentene i praksisdomenet (Aflague, 2004).

Sykepleiepraksis består av intellektuelle, kognitive og atferdsmessige handlinger i omsorg for pasienter og innebærer både det sykepleier gjør alene eller sammen med pasienter (Kim, 2000). Sykepleiepraksis beskrives videre (ibid.) som en rekke komplekse handlinger som består av to dimensjoner: overveielse (deliberation) og forordning (enactment). Disse to dimensjonene kan skilles fra hverandre rent analytisk. Overveiellesdimensjonen fokuserer på de vurderinger sykepleier gjør og hvordan man kommer til beslutninger for hva man må gjøre eller bør gjøre for å møte de krav som situasjonen krever. For å få oversikt over hva situasjonen krever, fordrer det grunnleggende kompetanse i å observere. Observasjon i psykiatrisk sykepleie er pågående vurdering av pasientens mentale status med hensikt å identifisere og forhindre potensielle helseproblemer (Boyd, 2003b). Kim (2000) hevder at sykepleiepraksis refererer til fenomener i den handlende sykepleier når hun mentalt og intellektuelt adresserer den kliniske situasjonen i forventning om faktisk utøvelse av sykepleiehandlinger. Kliniske vurderinger, informasjonsprosessering, prioritering og sykepleieplanlegging er eksempler på overveielse. (ibid.). Forordning innebærer handling og atferd i spesifikke praksissituasjoner som involverer praktiker og personen som mottar sykepleie de kontekstuelle rammer som handlingene tar plass. I praksis er overveielse og forordning ikke mulig å skille fra hverandre (ibid.). Vurdering foregår i begge dimensjonene. Kim (ibid.) definerer overveielse og forordning som sirkulære prosesser, og utvider dermed betydningen av sykepleieprosessen som blir beskrevet som lineær. Vurdering av hva slags informasjon man skal innhente, hvordan man skal vurdere den er en del av overveiellesdimensjonen, mens forordningsdimensjonen består av de handlinger vurderinger springer ut i (Aflague, 2004). Vurdering kan også defineres som bestående av to trinn; å innhente informasjon og å bruke den informasjonen til å vurdere behov for sykepleie eller andre tiltak (Ryrie og Norman, 2004).



---

For å ivareta observasjon av selvmordstruede pasienter kan man iverksette ulike nivåer av observasjon. Observasjon av selvmordstruede pasienter er en del av miljøterapeutiske tiltak overfor pasienter som er i behov av beskyttelse for å hindre at de gjør alvorlig selvmordsforsøk eller tar livet sitt (Vråle, 2001). Pasienters behov for beskyttelse betyr at sykepleiens mål er å trygge, skjerme eller ta hånd om for å hindre at pasienter, i denne sammenheng, begår destruktive handlinger. Intensjonen er at beskyttelse skal føre til større grad av selvkontroll (Henriksen et al., 2007). Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet, 2008) definerer ulike nivåer av observasjon av selvmordstruede pasienter slik (ibid., s.21-22):

*Kontinuerlig observasjon brukes når selvmordsrisikoen er overhengende. Det innebærer en oppfølging av pasienten der personalet ser pasienten til enhver tid og ikke snur ryggen til ham eller henne. Personalet bør være så fysisk nær at farlige situasjoner, selvskade eller selvmord kan avverges. Pasienten bør ikke forlate enheten eller være alene i noen situasjoner, heller ikke på WC eller på badet. Det samme gjelder om natten. Nattlys bør være på. Det forsettes at rettslig grunnlag for tiltaket er til stede.*

*Intervallobservasjon brukes når pasienten ikke trenger kontinuerlig observasjon. Personalet observerer pasienten hyppig og etter definerte maksimumsintervaller. Tidsintervall mellom observasjoner kan for eksempel være 5, 10 eller 30 minutter og bør være angitt med et maksimum, slik at personalet kan observere pasienten hyppigere for ikke å etablere en forutsigbar tidsrytme som pasienten kan utnytte til å skade seg selv. Personalet bør vite hvor pasienten er til enhver tid.*

Disse begrepsavklaringene møter krav om å ha entydige og klare begrep forhold til observasjon av selvmordstruede pasienter (Bowers, Gournay og Duffy, 2000 og Gournay og Bowers, 2000). Informasjon som blir observert og vurdert av sykepleiere

som utfører observasjonsnivåene tjener følgende sykepleiefaglig hensikt: 1) identifikasjon av varselsignaler som kan øke eller minske selvmordsfare, 2) grunnlag for løpende vurderinger og sykepleieintervensjoner for å beskytte pasienter, 3) grunnlag for overordnet sykepleieplan med både kortsiktige og langsiktige mål og tiltak, og 4) bidrag i tverrfaglig selvmordsvurdering av selvmordsfare (fritt oversatt fra American Psychiatric Association, 2003).

Innenfor psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten anbefales det at lege eller psykolog utfører selvmordsrisikovurdering (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Sykepleiere kan foreta kartlegging av selvmordsrisiko, som innebærer spørsmål om suicidale tanker og planer og kartlegging av de viktigste risikofaktorer for selvmord. Observasjonsnivåene av selvmordstruede pasienter anbefales forordnet, endret og avsluttet av spesialist i klinisk psykologi eller psykiatri (ibid.). Klinisk oppfølging av selvmordstruede pasienter ved ulike observasjonsnivå i akuttpsykiatri ivaretas av miljøpersonale, som hovedsakelig består av sykepleiere. Beskyttelse av selvmordstruede pasienter innebærer at også sykepleiere må være i stand til også å observere og vurdere risikofaktorer for selvmord og varselsignaler som gjør at man fortløpende kan iverksette passende tiltak. Eventuelt må sykepleiere iverksette tiltak på egen hånd frem til man får drøftet videre oppfølging med lege eller psykolog (ibid.). Dermed blir sykepleieres kompetanse og oppgave i oppfølging av selvmordstruede pasienter av betydning utover kun å utføre kontroll. For å belyse sykepleieres krav til kompetanse i utførelse av kontinuerlig observasjon og intervallobservasjon, er det nyttig å benytte Benner (1984) sine beskrivelser av utøvelse av ekspertsykepleie i praksisdomenet knyttet til pasienters liv og helse; den diagnostiske og pasientovervåkede funksjonen og effektiv håndtering av hurtig skiftende situasjoner. I boken *From Novice to Expert* (ibid.) hevder forfatteren at ekspertsykepleiere ofte kan være de første til å observere endringer i pasienters tilstand, og at denne funksjonen er sentral for å yte optimal omsorg. Historier om sykepleiere som handler på magefølelse eller intuisjon, viser seg ved nærmere

---

beskrivelse å være tuftet på endringer som er vanskelige å fange opp i pasienters atferd eller uttrykk som fremtrer før man kan observere mer objektive, målbare tegn på endring. Ekspertsykepleiere beskriver også evne til å tenke fremover og se for seg hva som kan skje med pasienter i fremtiden. På den måten kan de forberede seg på hva som kan skje og fortere reagere adekvat i akutte situasjoner. Ekspertsykepleiere lærer også ulike diagnosegrupper av pasienter å kjenne, og kan tilpasse sin sykepleie til hvordan mestring og behov hos spesielt denne pasienten fremtrer. Fordi sykepleiere ofte fanger opp tidlige tegn på endringer i pasienters tilstand, er de også nødt til å håndtere situasjonen frem til legen kommer hvis det skulle være behov for det. Benner (ibid.) beskriver sykepleieres evne til raskt å forstå hva problemet handler om, å intervensere riktig og til å vurdere og å mobilisere den hjelpen som trengs.

Nivåer av observasjon som del av beskyttelsestiltak vil innebære både kontrolltiltak og ivaretagelse, som kan være vanskelig å skille fra hverandre (Henriksen, 2007). Sykepleiepraksis i psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten blir utformet i spenningsfeltet mellom genuin paternalisme og autonomi, og balansen mellom de krever høy grad av tilstedeværelse og faglig dyktighet. Man må balansere mellom å iverksette restriksjoner og foreta overvåking, samtidig som man søker å ivareta pasientens frihet, medbestemmelse og ansvar (Hummelvoll, 1997). Kontrolltiltak som sykepleiere bør utføre hos selvmordstruede pasienter vil være å hindre tilgang til metoder for selvmord. Ved innleggelse i psykisk helsevern kan det dreie seg om å fjerne remedier som for eksempel tau, belter, barberblad og lignende, og å ha kontroll på antall håndklær og laken som blir delt ut, i tillegg til at man bør være oppmerksom på konstruksjoner som håndtak, knagger, dusjforheng med mer (Lieberman, Resnik og Holder- Perkins, 2004). Det vil også være viktig at sykepleiere observerer og vurderer varselsignaler for selvmord ved følge av pasienten ut, eller når man låser pasienten ut for luftetur alene i en bedringsfase. Ivaretagelse av selvmordstruede pasienter krever relasjonskompetanse, som er viktig forutsetning for å komme i god dialog med pasienten (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Det er viktig at etablering av

observasjonsrutiner gjennomføres ved å informeres pasienter underveis og å fremme autonomi og medbestemme i situasjoner der dette er mulig. Dette kan ivaretas først og fremst gjennom dialog, hvor man deler sine observasjoner og vurderinger med pasienten (Vråle, 2001). Videre påpeker Vråle (ibid.) at ulike temaer som kan være gjenstand for utforskning sammen med pasienter som er selvmordstruede. Ved at sykepleier åpent stiller spørsmål vedrørende selvmordstanker og - planer og skaper rom for å undre seg sammen om eksistensielle spørsmål, viser hun en vilje til å arbeide med pasientens selvdestruktivitet og åpner opp for at spørsmål og tanker rundt liv og død kan være tema for samtale. Dette kan kreve stor grad av mot og refleksjon, og at sykepleier selv er bevisst sine egne tanker og holdninger til temaet. Ved en avklart holdning kan det føre til større grad av mot til å ta opp slike vanskelige temaer. Det å ha snakket sammen med noen om det som synes uutholdelig og smertefullt, kan være livbringende og bidra til vekst (ibid.). Talseth (2001) fant i sin studie at bekreftelse er sentralt i selvmordstruede pasienters opplevelse av å bli pleiet av sykepleiere. Bekreftelse innebærer at sykepleier tilgodeser grunnleggende behov, ser pasienten og har tid til å være sammen med pasienten, samtidig som sykepleier er åpen, lyttende, respekterende og frembringer av håp hos pasienten. I lys av både pasienter, sykepleiere, leger og pårørende sine beskrivelser synes det som om bekreftelse, fellesskap, trøst og håp er grunnleggende behov hos mennesker. Når pasienter blir møtt på en slik måte at disse fenomener fremmes, gir det mulighet for pasienter å velge livet fordi å bli møtt i sine grunnleggende behov gir mening (ibid.).

Det er utarbeidet system for observasjon av inneliggende pasienter i forhold til selvmordsrisiko for bruk av sykepleietjenesten (Temkin og Crotty, 2004 og Cutcliffe og Barker, 2004). Det blir argumentert for standardisert registrering av risiko hos pasienter som er selvmordstruede og hvor det er iverksatt observasjon. Ulike faktorer vurderes og dokumenteres ved hvert enkelt tilsyn. Fokuset vil dermed endres fra rent tilsyn for å kontrollere om pasienten er i live, til å nyttiggjøre seg kliniske observasjoner i nåtiden til å forebygge fremtidig mulig risikofylt atferd. Dermed

beveger sykepleierne seg fra enkle observasjoner til å vurdere pasienters tilstand. På bakgrunn av at selvmord er et komplekst fenomen, hevdes det at risikovurdering krever en pluralistisk, multidimensjonal og tverrfaglig tilnærming. Skjemaene er basert på foreliggende forskning og er ment som å sikre nødvendig støtte spesielt til novisen og verdifullt supplement til eksperten. Både personlige, relasjonelle og situasjonelle faktorer blir kartlagt. Skåringer foretas gjentatte ganger og vil dermed gi uttrykk for endringer i pasientens tilstand over tid. Ulike skåringer vil gi grunnlag for forhåndsbestemte intervensjoner. Skjemaet skiller ikke mellom risikofaktorer og varselsignaler. Det fremkommer ikke hvordan man skal innhente informasjon om de ulike faktorer og hvordan ulike observasjoner skal vektas.

### 3. Design og metode

Forskningsdesign innebærer plan for gjennomføring av studie, og inkluderer struktur for studien som er bygget på eksisterende kunnskap om forskningstemaet (Nord, 1998). Design omfatter også plan for gjennomføring av studie, som kan innbefatte økonomi, tid og innhenting av godkjenninger og informert samtykke med mer. Metode innebærer spesifikke metoder for praktisk gjennomføring av studie; hvordan og fra hvor man skal innhente data, analyse og presentasjon av funn (ibid.).

Denne studien har kvalitativt, utforskende / beskrivende design (ibid.). I følge Malterud (2003) er kvalitativ design egnet for å beskrive kvaliteter ved de fenomener som skal studeres. Kvalitativt design vil være passende for denne studies problemstilling som utforsker dynamiske prosesser og nye fenomener eller nye sider ved kjente fenomener (ibid.). Utforskende design benyttes til å oppdage, definere problemer eller til å gi nye eller utdypende beskrivelser hvis foreliggende litteratur er mangelfull (Nord, 1998). Designet kan inndeles etter ulike spesifikke metoder. I sykepleieforskning er etnografi, grounded theory og fenomenologi de vanligste (Nord, 1998, Polit og Beck, 2004). Repstad (1998) hevder at kvalitative metoder er kjennetegnet av at man går i dybden på et tema og at man har mest mulig nært og direkte forhold til det som studeres. Kvalitativ metode preget av fleksibilitet, slik at man underveis kan foreta endringer i ut i fra ny innsikt, spørsmål og observasjoner (Polit og Beck, 2004) og de ulike fasene kan gå over i hverandre (Repstad, 1998).

Denne studien har ikke forankring i en bestemt forskningstradisjon, men følger generelle premisser for kvalitative studier og kan også kalles beskrivende kvalitativ studie (Polit og Beck, 2004). Sentralt for alle vitenskapelige studier er dens logikk og indre sammenheng i alle studiens faser.

### 3.1 Fokusgruppe

Fokusgruppe er en gruppe mennesker samlet sammen av forskere eller studenter for å diskutere et bestemt emne (Halkier, 2003), og er et kvalitativt intervju i gruppe.

Kvalitative intervju har som mål å bringe frem informantens erfaringer og opplevelser av verden (Kvale, 1997). Det som særpreger fokusgrupper fra andre intervju i grupper, er fokusgruppens interaksjon mellom respondentene, - og hvor denne interaksjonen er fokusert om et bestemt emne (Polit og Beck, 2004). Fokusgrupper ledes av intervjuer som kalles moderator. I tillegg krever fokusgrupper at det også er en person som har som oppgave å skrive ned momenter som har med gruppeprosess å gjøre, som kroppsspråk og samspill deltagerne i mellom. Denne personen kalles sekretær. Sekretæren foretar også en oppsummering til slutt i fokusgruppen.

Studiens problemstilling erfaringer og opplevelser til sykepleiere i forhold til et komplekst og vanskelig tema som til dels er mangelfullt beskrevet. For å få frem sykepleieres kunnskap kan det være nyttig å få de til å dele sine erfaringer med hverandre slik at kunnskap dannes i fellesskap. Studentens forforståelse og egen erfaring om tema innebærer en antagelse om at sykepleiere benytter seg av drøfting med hverandre i vanskelige avgjørelser i beskyttelse av selvmordstruede pasienter. Fokusgruppe kan være egnet til å gi et godt materiale når man er vil utforske fenomener som gjelder felles erfaringer (Malterud, 2003), i tillegg til at den kan være egnet når man ønsker detaljerte beskrivelser og opplevelser og holdninger til deltagere og kan gi tilgang til rikere og mer sensitive data enn ved vanlige intervju (Morrison-Breedy, Côté-Arsenault og Feinstein, 2001). Spesielt er dette hensiktsmessig i denne studiens sammenheng hvor man kan anta at sykepleieres kunnskap på området til dels er taus kunnskap. Fokusgruppe er potensielt egnet for å få frem respondentens erfaringer og tanker på en eksplisitt måte ved at respondentene i drøfting utfordres til å tydeliggjøre sitt budskap. Deltagernes sammenligninger av erfaringer og forståelser gir kunnskap om kompleksitet i praksis, som kan være vanskelig å få frem i individuelle intervju. Deltagerne responderer på hverandres erfaringer og forståelser

ut fra en kontekstuell forforståelse som forskeren ikke har (Halkier, 2003). Svakheten kan bestå i at dette kan føre til polarisering og konformitet (Polit og Beck, 2004).

Utforskende / beskrivende design viser til at man på forhånd vet lite om de fenomener eller nyanser av fenomenene som skal studeres, og at man derfor går åpent ut i feltet for å innhente ny kunnskap. Dette er ikke til hindring for at man på forhånd har foretatt en teoretisk avklaring av viktige begreper som skal avklares og utdypes, - og at man derfor kan ha åpne intervju med temaguide som holder fokus på fenomener av interesse (Fagermoen, 1998a og Malterud, 2003 ). Temaguide er stikkord eller spørsmål som bidrar til at intervjuet dreier seg om temaer forskeren ønsker data om (Malterud, 2003). Spørsmål til temaguide ved fokusgrupper anbefales av Krueger (1998a) å være direkte og enkle. Temaguidene bør bygges slik at spørsmålene går fra det åpne til det spesifikke, fra det enkle til det mer kompliserte (ibid.). Spørsmål i fokusgruppe bør stilles på en slik måte at de legger til rette for drøftinger og samspill informantene i mellom (Halkier, 2003).

## 3.2 Utvalg

Utvalget skal ha sammenheng med studiens hensikt. For å sørge for at viktige karakteristika i forhold til problemstillingen skulle være representert i utvalget, - en form for teoristyrte strategi (Halkier, 2003), var det naturlig å velge forskningsfelt innen døgnbasert akuttpsykiatri hvor hoveddelen av de innlagte pasienter blir innlagt med selvmordsproblematikk som hovedårsak eller medvirkende årsak. Utvalget falt på helsepersonell som har en personlig opplevelse eller kunnskap om problemstillingen, slik som det anbefales av Nord (1998). Dette vil øke mulighet for bidrag av høy relevans og kvalitet i forhold til problemstillingen (Morrison-Breedy, Côté-Arsenault og Feinstein, 2001).

Det er ulike anbefalinger på størrelsen på fokusgrupper (Polit og Beck, 2004).

Størrelsen på fokusgruppen har betydning for resultatet (Halkier, 2003). Av flere



grunner ble antall deltagere i fokusgruppen valgt til å være seks informanter.

Morrison-Beedy et al. (2001) anbefaler grupper på rundt fem deltagere når temaet er sensitivt og kan oppleves vanskelig. Når man ønsker å gå ut i feltet på en åpen måte for å avdekke ny kunnskap er det hensiktsmessig å ha et lite utvalg, og gå i dybden i dette (Nord, 1998). Interaksjonen i gruppen kunne blitt skadelidende ved for få deltagere (Polit og Beck, 2004). Ved studentprosjekt anbefaler Halkier (2003) å holde antallet fokusgrupper så lavt som mulig da fokusgrupper er meget arbeidsintensive, men setter ikke noe minstekrav. Studiens problemstilling med ønske om å gå i dybden i beskrivelser, førte til at det var ønskelig å gjennomføre to intervjuer med samme fokusgruppe.

### 3.2.1 Akuttpsykiatri

Avdelingen som ble valgt som forskningsfelt har sentralsykehusfunksjon med ca 1000 innleggelser årlig. Den gir tilbud til personer som har behov for øyeblikkelig hjelp på grunn av alvorlig psykisk lidelse. Hovedvekten av tilbudet blir lagt på utredning, diagnostisering og oppstart av behandling. Fra avdelingen ble to lukkede enheter som gir akutt hjelp til pasienter med psykoser, forvirring, manier, uro, depresjoner, stemningslidelser og personlighetsforstyrrelser, i tillegg til selvmordsproblematikk, valgt. Pasienter som behandles i akuttpsykiatri har behov for intensiv behandling i et skjermet miljø ved akutte, alvorlige kriser eller lidelser (Vatne, 2006). Enhetene yter psykisk helsevern på bakgrunn av pasientens samtykke, eller ved at tvungent psykisk helsevern etableres ved tilstedeværelse av alvorlig sinnslidelse og samtidig oppfyllelse av ett av tilleggsvilkårene. Selvmordsfare vil kunne utgjøre det ene tillegget om nærliggende og alvorlig fare for liv og helse (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Det foreligger klare retningslinjer for miljøpersonalets oppgaver ved behandling av selvmordstruede pasienter i det valgte forskningsfeltet. Lokale retningslinjer og prosedyrer i denne sammenheng sammenfaller sterkt med nasjonale anbefalinger

(Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Disse er beskrevet i teorikapitlet, og vil ikke utdypes ytterligere her.

### 3.2.2 Sykepleiere

I kvalitative design er utvalget lite slik at det kan ikke være tilfeldig, men derimot må utvalget være analytisk selektiv. Ut fra studiens problemstilling var det ønskelig med informanter som var offentlige godkjente sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid. De måtte ha minimum fem års klinisk erfaring med selvmordstruede pasienter i akuttpsykiatri. Informantene måtte beherske muntlig og skriftlig norsk og være villige til å delta. Malterud (2003) hevder tilstrebing av homogenitet ved informantene er riktig strategi når man er ute etter gjennomgående karakteristika ved et fenomen, og Polit og Beck (2004) hevder at homogene deltagere er spesielt egnet i gjennomføring av fokusgrupper. Begge kjønn ble representert i tillegg til både dag- og nattpersonale. Alle som ble spurt takket ja til deltagelse. Deres erfaring fra akuttpsykiatri varierte fra seks til 30 år, med 14 års gjennomsnittlig erfaringstid. Halvparten av informantene hadde erfart selvmord blant pasienter de hadde tett oppfølging av, mens alle hadde erfart alvorlige selvmordsforsøk.

## 3.3 Tilgang til forskningsfeltet

Tilgang til forskningsfeltet ble innhentet ved å følge lokal retningslinje for tilgang til data til forskningsformål. Denne er i tråd med *Forskningsveileder for sykepleiere* (Fagermoen, 2003). Det ble først sendt en skriftlig henvendelse til administrerende direktør ved sykehuset, som sendte kopi til øverste leder for sykepleietjenesten ved det aktuelle stedet (vedlegg 3). Her ble det redegjort for studien ved å sende med prosjektbeskrivelse, og det ble redegjort for tidsbruk og merarbeid for personale. Det ble også opplyst om at Datafaglig sekretariat ved Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) hadde blitt meldt om studien (vedlegg 1). Denne meldingen skal

---

sikre at juridiske, etiske og metodiske forhold ved behandling av personopplysninger i studien ivaretas (ibid.). Det ble informert om studentens veileder ved UiO, som kunne kontaktes ved eventuelle spørsmål. Øverste leder ga sin tilslutning til administrerende direktør, som sendte skriftlig svar til studenten om tilgang til forskningsfeltet (vedlegg 4). Deretter ble det gjort muntlig og skriftlig henvendelse (vedlegg 5) til sykepleielederne på de aktuelle enhetene. Her ble det konkret beskrevet hva studien skulle innebære for aktuelle deltagere. Inklusjonskriterier for aktuelle deltagere ble presentert, og forespørsel om at sykepleieleder kunne foreta førstekontakt med deltagerne ble gjort. Førstekontakt via ansvarlig leder skal hindre at forskeren overtaler informanter til å bli med i studien selv om de egentlig ikke har lyst, men som det kan være vanskelig å si nei til når det er forskeren som spør (ibid.). Informasjon om informert samtykke og hvordan sykepleieleder skulle formidle og innhente informert samtykke fra aktuelle informanter stod i brevet. Sykepleieleder forespurte aktuelle deltagere og formidlet informasjonsskriv med samtykkeerklæring (vedlegg 6). Først når underskrevet samtykkeerklæring forelå hos studenten ble det foretatt kontakt mellom student og informanter. Eventuelle spørsmål om studien ble besvart og tid for gjennomføring av fokusgrupper avtalt.

### 3.4 Gjennomføring av fokusgruppene

Et kjennetegn ved kvalitativt design er at studiens tema og aktuelle fenomener studeres i naturlige omgivelser, med begrunnelse i at kontekst har stor betydning for meningsinnholdet (Nord, 1998). Lincoln og Guba (1985) mener dette er årsaken til at designet også kalles naturalistisk design. Fokusgruppene ble derfor gjennomført på informantenes arbeidsplass. Det var av betydning å gjennomføre intervjuene på et sted skjermet fra enhetenes hektiske dagligliv, men samtidig tilgjengelig og nært til arbeidsstedet. Lokaler tett ved arbeidsstedet ble valgt. Informantene var fortsatt i sitt vante sted for det temaet som de skulle diskutere, samtidig som de var skjermet fra støy og avbrytelser.

Hver fokusgruppe varte 90 minutter som er innenfor anbefalt tid for fokusgrupper (Krueger, 1998b og Halkier, 2003). I begge fokusgruppene ble det tilstrebet en åpen og hyggelig atmosfære. Det ble foretatt en kort presentasjonsrunde i første fokusgruppe. Moderator ga en kort presentasjon av problemstillingen og hensikten med intervjuene. Det ble ikke satt av mye tid til å gjøre informantene kjent med tema etter introduksjonen da utvalget var så spesialisert at dette ble ansett for unødig bruk av tid. Informantenes bakgrunn og erfaring var kjent fra tidligere. Slik ble stor del av tiden ved begge fokusgrupper viet spørsmål direkte knyttet til problemstillingen. Det ble vektlagt at det var deltagernes erfaringer og kunnskap som var i fokus for å besvare spørsmålene, og at det således ikke fantes noen rette eller gale svar. Informantene ble oppfordret til å snakke med hverandre fremfor til moderator. De ble også oppfordret til å fortelle om konkrete opplevelser og erfaringer. På denne måten kom også informantenes fortolkninger og holdninger frem, og opplevelsene ga også utgangspunkt for fruktbare menings- og erfaringsutvekslinger. Det var moderator som stilte spørsmål, og ved behov styrte samtalen og dens prosesser. Moderatorens rolle var å tilrettelegge og drifte intervjuet, men hovedoppgaven var å lytte og deretter følge opp med passende innlevelse og distanse. Moderatoren måtte fange opp samspill og interaksjon, - og la til rette og fremmet interaksjonen ytterligere. Målet var at informantene henvendte seg til hverandre, kommenterte hverandres uttalelser og henvendte seg til hverandre på bakgrunn av deres erfaringer. Dette ble tilrettelagt ved at moderatoren ikke tok en særlig fremtredende rolle, og at hun ved kun i situasjoner som krevde det, trådte frem. Dette kunne være i tilfeller der samtalen stoppet opp, og det var naturlig å gå videre med nye spørsmål. Teknikker som probing og prompting (Krueger, 1998b og Halkier, 2003) ble brukt. Førstnevnte henspiller til ulike aktiviteter man gjør for å få samtalen til å flyte, som å gi bekreftelse gjennom kroppsspråk, lytte og å sørge for gode overganger. Å stille spørsmål som leder til ytterligere utdyping, som for eksempel ”Kan du beskrive nærmere hva du mener med håpløshet?” ”Kan du gi ett eksempel?” eller ”Jeg skjønner ikke, kan du forklare nærmere hva du mener?” Prompting forbindes med å stille oppfølgingsspørsmål av

---

ulike slag, de har en intensjon og er nær forbundet til temaguiden (Krueger, 1998a). Moderator stilte oppfølgingsspørsmål når interessante momenter ikke ble fulgt opp videre. Moderator forsøkte også å tilrettelegge for at ingen av informantene ble for dominerende eller for tilbaketrukket. Til sist var det også moderatorens sentrale rolle å sørge for at informantene innholdsmessig drøftet de emner som er sentrale for studien gjennom å bruke temaguiden. Deretter var det også hovedsakelig moderators rolle å følge opp uventede eller interessante tema som dukket opp underveis.

Sekretærens rolle var å være tilbaketrukket observatør ved å notere kroppsspråk og stemning underveis. Sekretæren gjorde notater som ga grunnlag for oppsummering og tilbakemelding på slutten av hvert intervju. På slutten av fokusgruppene stilte sekretæren eventuelle spørsmål hun hadde notert seg underveis. Til slutt ble det gjort en oppsummering av sekretær, hvor informantene fikk anledning til å kommentere og gi utfyllende kommentar. Dette var sammen med oppfølgingsspørsmål validering av funnene underveis i intervjuene.

Temaguide til førstefokusgruppe (vedlegg 7) bestod av et hovedspørsmål. Mangelen på systematisk kunnskap om varselsignaler for selvmord og deres uttrykk ga rettesnor for at temaguide til første fokusgruppe startet med et åpent spørsmål. Her ble det i stor grad opp til informantene å velge hva og hvordan de skulle samtale og drøfte om tema. Dette er hva Nord (1998) karakteriseres som at situasjonen og data kontrollerer forskeren, noe som er et kjennetegn for utforskende design. Fordelen med åpen tilnærming er at man tilrettelegger for samtale respondentene mellom, og at man lettere ivaretar det spontane hos så vel respondenter som moderator (Krueger, 1998a). Informantene ble bedt om å tenke tilbake på spesifikke erfaringer og opplevelser slik at intervjuet i større grad skulle dreie seg om hva sykepleiere faktisk observerer og vurderer, enn hvilke holdninger de har eller hvilken praksis de synes de burde representere. Funnene fra dette intervjuet førte til nye spørsmål som ble gjenstand for andregangsintervjuet (vedlegg 8), slik at data fortsatt skulle styre forskeren. I den andre fokusgruppen ble det brukt en mer stram modell. Det ble startet med et åpent

spørsmål om tanker og erfaringer omkring tema fra første fokusgruppe. Deretter fulgte fokusgruppen en ganske stram regi hvor hensikten var å utforske og å få utdypende beskrivelser på funn fra den første gjennomføringen. Spørsmål ble delt inn i temaer, og informantene fikk utdelt spørsmålene ved oppstart av nytt tema og anledning til å lese gjennom dem før samtalen startet opp. Temaguiden var fremdeles åpen nok til at det var rom for nye beskrivelse og nyanser over tidligere fenomener og funn, og for nye fenomener. Å bevege seg fra det åpne til det mer målrettede, fra det enkle til det mer kompliserte, er en velkjent fremgangsmåte i kvalitativ forskning (Krueger, 1998a). En systematisk og målrettet fremgangsmåte er egnet i studier hvor det er mer fokus på innhold enn interaksjonen respondentene i mellom (Halkier, 2003). Fordelen ved å være strukturert er at forskeren får vite noe om det han ønsker å få vite noe om (Krueger, 1998), men dette forutsetter selvfølgelig at man vet hva man vil vite. Utfordringen ble å legge til rette for at respondentene bidro med ukjente eller nye elementer. Det ble også viktig å forhindre at det ble kun et gruppeintervju hvor moderator spurte mens respondentene svarte. Selv i den mest strukturerte fokusgruppe er det langt færre spørsmål mellom moderator og respondenter enn i det vanlige semistrukturerte kvalitative forskningsintervju (Halkier, 2003). Ved å starte åpent og fortsette strammere ble det tilrettelagt for både informantenes perspektiver og interaksjon med hverandre, samtidig som studiens problemstilling ble belyst.

Fokusgruppen bestod av seks informanter. En av informantene var til stede kun på det første intervjuet. Fire var gjennomgående aktive gjennom begge fokusgruppene, mens en av dem varierte sin aktivitet gjennom intervjuene. De enkelte informanter deltok underveis på nesten alle tema, mens enkelte bidro mer enn andre på enkelte områder. Gruppen kommuniserte seg i mellom ved å drøfte, utdype og spørre hverandre spørsmål og driftet sammen intervjuet videre. Det var ikke tegn til mange uenigheter blant informantene.

### 3.5 Redegjørelse for dataanalysen

Det er ingen universelle regler for gjennomføring av kvalitativ analyse (Polit og Beck, 2004). Det er likevel ulike former for analyse som gir retningslinjer for hvordan man kan gjennomføre denne. Denne studiens analyse fulgte Malterud (2003) sine fire trinn for systematisk tekstkondensering. Systematisk tekstkondensering egner seg for å sammenfatte informasjon fra flere informanter og for utvikling av beskrivelser og er i all hovedsak en datastyrt analyse (ibid.). Analysemetoden starter med å lese gjennom materiale for å få et helhetsinntrykk, deretter for å finne meningsbærende enheter. Når disse meningsbærende enhetene er identifisert og vurdert, utvikles koder og korrelerende subkategorier som kan brukes til å sortere og organisere data og man foretar en abstrahering av data. Dette trinnet i analyseprosessen medfører at man tar meningsbærende enhet ut av sin sammenheng, og kalles derfor dekontekstualisering. Til slutt foretas en sammenfatning av abstraheringen, hvor beskrivelsene settes tilbake til sin sammenheng og man foretar en rekontekstualisering. Forskere fra de ulike metodologier innenfor utforskende design benytter seg av analysestrategier som faller innenfor denne metoden (ibid.).

Analysen tok flere forholdsregler som er spesielt viktige ved fokusgruppeintervju. Det var fokus på non-verbalt språk og stemning i intervjusituasjonen, i tillegg til at det ble foretatt innholdsvalidering fra informantene på slutten av hvert intervju. Det ble også gjort en oppsummering av intervjuene mellom moderator og sekretær umiddelbart etter gjennomføring av intervju (Krueger, 1998c). Grunnlag for analysen var transkribert tekst fra fokusgruppene og notater fra fokusgruppene, med vekt på non-verbale kommunikasjon og interaksjon mellom deltagerne.

Transkribering ble gjort for å legge grunnlag for systematisk analyse. Allerede ved transkriberingen gjør man en reduksjon av data (Kvale, 1997). Før transkriberingen ble båndene lyttet gjennom to ganger for at et helhetsinntrykk av intervjuet skulle dannes. Å gjøre seg kjent med materiale gjennom å høre, transkribere og å lese

Tabell 1. Utsnitt fra transkribert tekst.

**Informant 5:** Jeg har også undra meg litt, sånn for meg sjøl, er det, det virkelige selvmordet, nærmest taushet, som er knytta til det? Har jeg tenkt, noen ganger. Vi har jo voldsomt mye prat, som ikke nødvendigvis vi tolker som så dramatisk som den tausheten vi av og til opplever. Og en som virkelig vil ta livet sitt vil kanskje ikke si noe om det på psykiatrisk avdeling, altså, hvis det er snakk om sånn kald, planlagt. Men den derre tausheten hvor du føler at det er en sånn... alvorstynge person som ikke formidler seg så mye, da blir jeg alltid sånn, da undrer jeg meg hva som ligger bak det. Kan bli urolig

**Informant 4:** De formilder seg i alle fall ikke verbalt, da.

**Informant 5:** Det er jo den samme prosedyren, - har du konkrete planer, vil du ta livet ditt, det er mange sånne spørsmål, men da. Det er mye du ikke fanger opp i de spørsmålene.

**Informant 4:** Sånn innadrettet..

**Informant 5:** Det er jo litt avslutta på en måte da... da har du på en måte avslutta kontakten med omverdenen, mennesker og livet og. Hvis du ikke har behov for å dele det med noen at du ønsker å ta livet ditt, da er du ganske nære en handling, tenker jeg. Men hvis du er sånn, ja, du tviler og tror og, tør ikke, er feig og, tenker kanskje er det et lite håp, da altså uttrykker du deg mer for omgivelsene. Det kan sikkert være mye.

**Informant 1:** Eller at du ikke har gjort deg opp en mening.

**Informant 5:** Ja, det kan jo være..

**Informant 6:** Mm. Tausheten kan også være, tenker jeg, et uttrykk for et innadrettet sinne. Jeg blir alltid, jeg tenker, jeg blir observant, når folk er tause og trekker seg tilbake. Da, kanskje hvis det er satt tiltak hyppig tilsyn, så går jeg inn litt oftere, hvis vedkommende da. Da synes jeg det er litt for lite. Da er det noe som sier at du må gå litt oftere inn til den personen.

**Moderator:** Det er noe som sier meg?

**Informant 6:** Mmm. Det kan jo være taushet, eller det man kjenner i møte, det som vi snakka om i stad. Og at man i, aggresjon kan jo og, synes jeg mange ganger, kan og kjennes, hvis du har mye aggresjon i deg, men skjuler det med, så godt du kan da. Det får i alle fall meg til å reagere. Når jeg er på seinvakt og har tatt i mot en pasient, så går jo med på, det er jo legen som bestemmer sammen med den som tar i mot, hvilket tiltak som skal stå. Så blir vi da enige om hver halvtime, så synes jeg det kanskje, det er litt, jeg er litt urolig, så går jeg litt oftere likevel. Den første tiden da. Mm.

(...)

**Informant 5:** Og jeg tenker til det, at det, at en pasient tar i mot vår varme og nærhet og omsorg, jeg tenker at det er tegn, at pasienten har håp, altså at hvis en pasient ikke tar til seg noe av vår nærhet, det synes jeg er litt skummelt. Altså at hvis du observerer en som ikke responderer noe på all den tette oppfølgingen, all den menneskelige kontakt, varme og faglighet som er på et sånt sted, det er litt sånn, du får lissom ikke noe napp på noe..

**Moderator:** Da blir jeg nysgjerrig. Hvordan er den responsen? Beskriv den.

**Informant 5:** Nei, hvordan er det da? Nei, det er, avviser, veldig total avvisning, det kan jo være..

**Moderator:** Hvordan ser du det da?

**DS 47 AMM:** Hvordan man ser avvisning? Nei, snur seg, går vekk, svarer ikke. Ser ned. Legger..

**DS 48 TK:** Legger seg under dyna og sier det er veldig svart, som ei vi har nå sier. Det er lysesvart og mørkesvart, mest mørkesvart.

( flere: latter )Det er veldig tydelig tegn. Kan være.

**Informant 6:** Kan være ja. Vi har mange eksempler..

**Informant 5:** Formell kanskje. Altså. Det tenker jeg på.. de som jeg har hatt som har vært veldig sånn formell. Riktig oppførsel og formell og.. det skaper du litt avstand med, ikke sant. Vi har jo hatt noen av de som reist oppreist ut og tatt livet sitt. Vi har ikke ordentlig nådd inn.

**Informant 4:** Jeg bare lurer på om de hører hjemme med de du åpnet med, er det de som har bestemt seg. Det er fint at dere bryr dere men..



---

materialet gjentagende ganger er nødvendig for å bli kjent med materiale (Polit og Beck, 2004). Det ble vektlagt å skrive ned all tale, også når respondentene snakket i munnen på hverandre. Også uferdige setninger og korte uttrykk som ”mm-m” og ”nei-eh” ble skrevet ned. Der hvor talen var utydelig eller av andre årsaker var vanskelig å forstå, ble sekvensen hørt flere ganger. Av og til måtte det gjøres kvalifiserte gjett om hva som ble sagt, men dette ble alltid markert i teksten. Sjelden ble talen ikke forstått overhodet, og dette ble også markert. Muntlige uttrykk som latter, fnys og sukk ble også notert, i tillegg til pauser og avbrytelser. Det ble identifisert hvem som talte. Notater vedrørende kommunikasjon og samhandling fra fokusgruppene ble brukt sammen med transkribert materiale. Utsnitt fra transkribert tekst er vist i Tabell 1, s. 46. Utsnittet er hentet fra informantenes drøftinger rundt utilgjengelighet og taushet, knyttet både til formell opptreden og mulig opplevelse av håpløshet. Teksten viser hvordan informantene sammen drifter tema fremover, ved at de sammen diskuterer. Moderator stiller få spørsmål underveis. Gruppeprosessen fører til nye temaer og nyanser.

I analysearbeidet ble det stilt spørsmål til teksten som hadde sammenheng med problemstilling og temaguide. Det ble også forsøkt å være åpen for andre perspektiver enn hva som kunne forestilles på forhånd (Halkier, 2003). Fortolkningene som kom frem avhenger av materialet, men også av hvilke spørsmål som har blitt stilt til teksten (Kvale, 1997). I begynnelsen var det viktig å være romslig for hva som kunne tolkes til å høre inn under problemstillingen for ikke å stenge av for mulige funn. Det ble tilstrebet å legge egen forforståelse og teoretisk forankring til side, for å være åpen mot det materialet kunne formidle. Dette kunne gjøres ved hele tiden å stille spørsmål til egne tolkninger ved og systematisk prøve ut om det kunne være en annen mulig tolkning. Det var ikke alltid lett å følge informantenes resonnementer. Slike situasjoner krevde oppmerksomme og nyanserte spørsmål fra moderator. Sekretær markerte slike prosesser i notater, slik at usikkerhet og eventuelle tvetydigheter ble håndtert med nysgjerrighet og tålmodighet i analysearbeidet.

De ulike trinnene i analysen måtte gjennomgå flere ganger, med kontinuerlig fokus på problemstillingen. Ulike kategoriseringer og tolkninger ble forkastet eller inkludert, og materiale ble gjennomgått på nytt. Den transkriberte teksten ble gjentatte ganger underveis i analysen lest på nytt for ikke å miste fokus på hva informantene hadde vektlagt.

### 3.6 Forskningsetiske hensyn

Det har blitt innhentet skriftlig, informert samtykke (vedlegg 6). Skriftlig informasjon som ble gitt aktuelle informanter inneholdt informasjon om studien, hvor mange ganger og hvor lenge de skulle møte til fokusgruppe og informasjon om hva som var forventet av informantene i intervjusituasjonen. Det ble informert om at deltagelse i studien var frivillig, og at de uten å gi noen grunn kunne trekke seg når som helst. Sykepleierne ble informert om at de ikke ville ha direkte nytte av selve intervjuet, men at studiens funn kan komme til gode for sykepleiere og pasienter i fremtiden. Avdelingssykepleier valgte ut aktuelle respondenter etter utvalgsriterier i studien, og forespurte deltagerne ved å dele ut informasjonsskriv forfattet av studenten. Aktuelle deltagere fikk et par dager på å tenke gjennom hva som stod i skrivet og bestemme seg for deltagelse eller ikke. Deltagerne måtte skrive under på samtykkeerklæring når de var villige til å delta i studien. Alle opplysninger som kom frem i intervjuene ble behandlet konfidensielt. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og oppbevart i låsbart arkivskap, sammen med underskriftene på samtykkeerklæringene. Båndene ble skrevet av og teksten var tilgjengelig for veileder fra universitet og for lokal veileder og samarbeidspartner. Det innsamlede materiale ble aidentifisert under arbeidet med studien. Det ble ikke gjort bruk av elektroniske personregistre. I denne monografien og eventuelt senere artikler vil ingen data føres tilbake til enkeltpersoner. Opplysningene ble anonymisert og opptakene slettes ved foreliggende sensur av monografien. Opplysninger om mulighet til å trekke seg, aidentifisering og

anonymitet ble gjentatt muntlig ved gjennomføring av intervjuene. Det ble sent melding til NSD om oppstart av studie (vedlegg 1).

## 3.7 Kvalitetsvurdering av studien

Det er forskningsprosessens systematikk og etterrettelighet som skiller vitenskapelig kunnskap fra annen kunnskap. Det finnes flere innfallsvinkler til å vurdere studiers troverdighet. Denne studien vil ta utgangspunkt i Lincoln og Guba (1985 og i Polit og Beck, 2004) sine fire kriterier for gyldighet: troverdighet, pålitelighet, bekreftbarhet og overførbarhet. Gyldighet innebærer en vurdering av hvor vidt man kan stole på de resultater forskningen presenterer. Malterud (2003) sine tre trinn bestående av relevans, validitet og refleksivitet for å vurdere studiers kvalitet vil også bli berørt underveis.

### 3.7.1 Gyldighet

Troverdighet omhandler hvorvidt funnene og tolkningen av dem er til å stole på, og handler om studiens interne validitet (Polit og Beck, 2004). Troverdigheten til denne studien er forsøkt ivaretatt gjennom forskerens dybdeforståelse til feltet. Denne forståelsen har bidratt til å stille viktige og nyanserte spørsmål om tema. Man kan anta at det også har bidratt til å minske misforståelser basert på kultur, koder og språk. Forskningsfeltet er forskerens tidligere arbeidssted. Det ble derfor valgt en annen moderator enn forskerne til å være moderator ved fokusgruppene. I tillegg er studiens troverdighet forsøkt ivaretatt gjennom at moderator ved fokusgruppene også har deltatt i analyse og tolkning av data gjennom å være en diskusjonspartner for forskeren underveis. De viktigste grep for å fremme studiens troverdighet ble imidlertid foretatt under intervjuene. Fokusgruppene bestod av turtaking og drøfting mellom seks informanter. Dette bidro til at også at informantene bekreftet utsagn,

innhold og mening underveis. Det ble bedt om utdypende beskrivelser når noe ikke ble forstått. På slutten av i hvert intervju ble det foretatt en oppsummering av de viktigste funn med mulighet for umiddelbar korrigerende fra gruppen.

Studiens pålitelighet vil også ha betydning for dens gyldighet. Pålitelighet handler om hvorvidt funnene er stabile (Polit og Beck, 2004). Stabilitet og nøyaktighet er en forutsetning for validitet (Lincoln og Guba, 1985). Til forskjell fra reliabilitet kan man ikke forvente repeterbarhet (Malterud, 2003). Forskeren vil påvirke materialet i alle stadier av forskningsprosessen, fra tematisering til rapportering (Kvale, 1997) og man bør derfor erkjenne at det finnes flere gyldige versjoner av kunnskapen (Malterud, 2003). Det er forsøkt å gjøre forskerprosessen så tydelig som mulig slik at andre kan bedømme kvaliteten på arbeidet (Halkier, 2003). Bestrebelse på nøyaktighet i transkriberingen og ved bruk av notater fra fokusgruppene ble det forsøkt å unngå endring av data. Drøftinger med moderator underveis i analyseprosessen hadde også samme hensikt, hvor samlet gjennomgang av hendelsesforløp og logikk i fremstillingen styrker studiens pålitelighet (Malterud, 2003).

Bekreftbarhet er det tredje kriterium i vurdering av studiens gyldighet. Bekreftbarhet henspeiler til studiens objektivitet og kan ivaretas på samme måte som ved pålitelighet. Malterud (2003) bruker begrepet refleksivitet om den prosess som bidrar til å fremme at materialet ikke i for stor grad blir påvirket av forskerens ståsted og fordommer. Det er forsøkt redegjort for åpen og fleksibel tilnærming til datainnsamling og – analyse, slik at kvaliteten på forskningen, dens plan og funnernes troverdighet kan vurderes (Fagermoen, 1998b). Gjennom denne studien har det blitt lagt til rette for en åpen og aktiv holdning gjennom å klargjøre forforståelse og teoretisk referanseramme. Det har blitt stilt systematiske og kritiske spørsmål i alle faser av prosessen. Forskerens egen forforståelse med så detaljerte beskrivelser som mulig ble skrevet ned i begynnelsen av prosessen, og er blitt hentet frem ved flere anledninger for å forsøke å være bevisst på egen innflytelse på materialet. Malterud

(2003) påpeker imidlertid at det kan være vanskelig å stille systematiske kritiske spørsmål når man har en nærhet til tema slik som denne studiens forsker har. Fordelen med å være kjent i feltet er at man er i stand til bedre å forstå det som skjer og til å unngå pinlige feilslutninger og misforståelser (Repstad, 1998).

Lincoln og Gubas siste kriterium i vurdering av kvalitative studiers gyldighet er overførbarhet. Overførbarhet sier noe om hvilke sammenhenger studiens funn kan være gjeldende (Malterud, 2003) og sier noe om ekstern validitet (Polit og Beck, 2004). Studien har benyttet få fokusgrupper på grunn av ønske om å innhente utdypede beskrivelser. Dette har gått på bekostning av metningspunkt til data, som ikke kan sies å være oppfylt. Det er sannsynlig at gjennomføring av flere fokusgrupper ville ført til flere beskrivelser. På den annen side har studiens bruk av fokusgruppe åpnet opp for muligheter til å sette ord på erfaringer og kunnskap som tidligere ikke er blitt berørt. Det er sannsynlig at studiens funn spesifikt knyttet til varselsignaler hos selvmordstruede pasienter kan overføres til andre tilsvarende forhold.

## 4. Funn

I presentasjon av funnene blir det som gruppen sammen har kommet til enighet om lagt frem. Samtidig blir det forsøkt å bringe frem nyanser og uenigheter som kom frem i fokusgruppene, og temaer eller sitater som umiddelbart ikke har passet inn eller ikke gitt mening. Direkte sitater fra fokusgruppene vil bli fremstilt i kursiv. Sitatene er gjengitt så autentisk så mulig, men er skrevet på bokmål.

I analyse av materialet var de tre overordnede temaer som utkrystalliserte seg som sentrale for observasjon og vurdering av varselsignaler for selvmord: bakgrunn for observasjoner og vurderinger, varselsignaler for selvmord og varselsignalenes uttrykk. Kunnskap sykepleierne tar i bruk for å vite hva de skal se etter og hvordan de skal vurdere observasjoner, er både teoretisk forankret, praksis- og erfaringsbasert. Observasjoner og vurderinger innenfor de overordnede temaer er grunnlag for sykepleieintervensjoner som består av innhenting av ytterligere informasjon fra pasient, pårørende eller kolleger for validering eller avkrefting av mistanke om forhøyet selvmordsrisiko, drøfting med pasient eller kolleger og iverksetting av beskyttende tiltak for å hindre mulige selvmordshandlinger.

### 4.1 Bakgrunn for observasjoner og vurderinger

Funnene viser at sykepleiernes observasjoner og vurderinger i forhold til varselsignaler for selvmord foretas i forhold til noe. Enkeltobservasjoner observeres og vurderes i lys av risikofaktorer for selvmord og helhetlig kunnskap om den enkelte pasient. Risikofaktorer for selvmord og helhetlig kunnskap om pasienter danner bakgrunn for observasjoner og vurderinger som blir gjort av sykepleierne tilknyttet varselsignaler for selvmord. Avhengig av tilstedeværelse av risikofaktorer for selvmord og helhetlig kunnskap om pasienter justeres oppmerksomheten om

varselsignaler. Informantenes innstilling vedrørende oppmerksomhet om varselsignaler tolkes som godt integrert i den erfarne psykiatriske sykepleier, slik at justering på innstilling nærmest skjer automatisk og uten at hun selv er det bevisst. Informantene bruker ord som *å ha apparatet oppe og gå* eller *ikke apparatet mitt oppe i det hele tatt* om grad av oppmerksomhet mot varselsignaler i kontakt med pasienter.

#### 4.1.1 Risikofaktorer for selvmord

Det var viktig for informantene å påpeke deres bevissthet om risikofaktorer for selvmord i møte med pasienter, selv om de ikke ble direkte spurt om dette. En av sykepleierne oppsummerer hensikten med å bringe temaet risikofaktorer inn i diskusjonen om varselsignaler slik:

*(Stabile risikofaktorer)(...) Det er helheten, det legger du ikke til side, det ligger baki der hele tiden. Det er viktig å presisere at når jeg vet at en del risikofaktorer er tilstede hos pasienten, så påvirker det meg. Hvis jeg har en pasient som aldri har gjort selvmordsforsøk, kjenner ingen som har tatt livet sitt, da er jeg ikke så bekymra hvis jeg ser små tegn. Som når jeg har en pasient som nettopp har de risikofaktorene (Informant 5).*

Sentrale risikofaktorer for selvmord blir belyst gjennom fokusgruppene. Kunnskap om risikofaktorer påvirker sykepleiernes måte å observere og vurdere varselsignaler på, både ved at det påvirker hva hun ser etter, men også hvordan observasjoner blir vurdert. Hvis en gitt pasient oppfyller flere risikofaktorer for selvmord, så reagerer sykepleierne tidligere og kraftigere på varselsignaler hos denne pasienten, enn hos pasienter som ikke oppfyller flere risikofaktorer for selvmord. Ovennevnte sitat tolkes som at informantene er bevisst risikofaktorer for selvmord i møte med alle innlagte pasienter og at de justerer sin oppmerksomhet vedrørende varselsignaler ut fra innhentet kunnskap om risikofaktorer fra den enkelte pasient.

Ved siden av tidligere selvmordsforsøk peker informantene på psykiske lidelser som spesielt er forbundet med selvmordsrisiko, blant annet depresjon, psykose og personlighetsforstyrrelse. De er oppmerksomme på forhøyet selvmordsrisiko ved psykisk lidelse i kombinasjon med tidligere selvmordsforsøk eller pågående rusmisbruk. I sine pasientbeskrivelser om varselsignaler for selvmord kan de fleste beskrivelser informantene gir knyttes til symptomer på ulike psykiske lidelser. Sykepleierne er ikke opptatt av å knytte sine beskrivelser til diagnoser, men gir sine beskrivelser på et mer generelt grunnlag. Unntaket er når diskusjonen dreier seg om psykose og selvmordsrisiko. Her påpeker de at psykoseproblematikk er spesielt, da kommunikasjon på alle nivå til pasienter med psykose kan være påvirket. For sykepleierne er det da viktig å kartlegge pasientens hallusinasjoner, om pasienten har stemmer som befaler at han må dø og hvilken grad av kontroll pasienten opplever at han har over stemmen, og om han selv har et selvstendig ønske om å dø eller ikke:

*Det er jo ofte stemmen og hva den befaler som blir det fremtredende. Men det er jo viktig å få frem om pasienten lar seg styre av stemmen, eller om han har den oppfatningen i seg selv også. Om at det er løsningen*  
(Informant 3).

Samtidig er informantene oppmerksomme på at pasienter med psykose kan ha nedsatt impuls kontroll. I tillegg kan pasienter med psykose ha nedsatt kontaktevne til andre mennesker, noe som kan vanskeliggjøre observasjon og vurdering. På bakgrunn av mulig nedsatt evne til kommunikasjon og kontakt i tillegg til positive symptomer opplever sykepleierne at det kan være vanskeligere å vurdere det de observerer hos pasienter med psykoseproblematikk. De opplever at det stilles større krav til dem som sykepleiere ved observasjon og vurdering av pasienter med psykoseproblematikk. Gruppen konkluderer med at observasjon og vurdering av selvmordsrisiko hos pasienter med psykose er annerledes enn hos pasienter uten psykose, og at de hovedsakelig gjennom fokusgruppene snakker om pasienter som ikke lider av psykose.



Sykepleierne beskriver differensiering på selvskade og selvmord. Selvskade betraktes som et middel for å komme seg bort, en måte å oppnå hvile på, mens selvmordshandlinger representerer større grad av intensjon om å dø. Pasienter som hovedsakelig bedriver selvskading beskrives som mer dramatiske og i behov av oppmerksomhet, mens pasienter som hovedsakelig er suicidale betraktes som mer stille og tilbaketrukket. Informantene påpeker at skillene mellom selvskading og suicidalitet ikke er absolutte. Pasienter som selvskader kan også være selvmordstruet, og det blir sagt at de presenterer en gruppe med forhøyet selvmordsrisiko.

#### 4.1.2 Helhetlig kunnskap om pasienter

Funnene viser at observasjon og vurdering av varselsignaler for selvmord forutsetter at sykepleierne har god kjennskap til pasienters tilstand og situasjon. Helhetlige observasjoner og vurderinger oppleves som viktige i målet om kvalitetssikring av sykepleie til selvmordstruede pasienter. Informantene beskriver at behovet for å vurdere observasjoner i en sammenheng og helhet krever tid og engasjement.

Sykepleierne forsøker å få tydelige og utfyllende bilder av pasienter gjennom å samle mange ulike informasjonsbiter og å bli kjent med dem. Tilstander hos pasienter innlagt i akuttavdelingen settes i sammenheng med hva som skjer i pasienters liv utenfor institusjonen. Funnene viser at informantene mener de må kjenne den enkelte pasient til en viss grad for å vite noe om hvordan de skal vekte eller vurdere de enkeltobservasjoner de gjør:

*Det er et veldig helhetlig bilde, som egentlig forutsetter at du setter deg inn i hver enkelt pasients totale situasjon for å vurdere (Informant 4).*

Det blir gitt flere eksempler på at nærmere kjennskap til pasienten og hans situasjon kan endre på opprinnelig vurdering av observasjoner:

*Jeg synes det er veldig komplekst. Vi har mange pasienter som kommer inn til oss og som er veldig avvisende og tilbaketrukkende og orker ikke spise,*

*ingenting, og legger seg til på rommet. I neste øyeblikk kan de snu. Erfaringen min er at ofte er dette pasienter som har ustabil personlighet, og som kan virke veldig skummel, i alle fall når du er nyansatt. Jeg gikk på gang på gang, eller tok et ord for et ord, og det gjør jeg nå også, men når du har jobbet en stund begynner du kanskje å skille mellom hva som er en reell trussel og hva som ikke er det (Informant 6).*

Her tydeliggjøres at vurdering ikke bare ses i lys av nye observasjoner i den enkelte situasjon, men også av den enkelte sykepleiers utviklings- og erfaringsprosess. Eksemplet tydeliggjør at sykepleierne vurderer sine observasjoner i komplekse sammenhenger.

## 4.2 Varselsignaler for selvmord

Funnene viser at det er tre fenomener som er kjernen i sykepleiernes bidrag som beskrivelser på varselsignaler for selvmord: følelser, endring og manglende samsvar. En av respondentene oppsummerer det på denne måten:

*Det som slår meg med det her, det er at man får en følelse av uro, basert på noe som er endringer eller ikke stemmer. Så må man gå til pasienten for å finne ut nærmere hva dette dreier seg om. Du samler inn masse forskjellige brikker, slik at du kan få et helhetlig bilde (Informant 4).*

Følelser, endringer eller manglende samsvar i lys av kunnskap om risikofaktorer og helhetlig tilnærming til pasienter kan få sykepleierne til å mistenke økt selvmordsfare. Isolert sett kan de aldri være sikre på hva enkelte fenomener eller uttrykk betyr, og de ser de enkelte deler i lys av en større sammenheng. Fenomenene henger sammen i større eller mindre grad, og i praksis kan det være vanskelig å skille de fra hverandre. Fokusgruppene ble gjennomført på en slik måte at det var rom for å drøfte detaljer. Det var dermed mulig å drøfte fenomenene til en viss grad isolert.

## 4.2.1 Følelser

Ikke alle varselsignaler for økt risiko for selvmord er enkle å beskrive eller sette ord på for informantene. Det tolkes som spesielt vanskelig når sykepleierne beskriver følelser hos seg selv eller hos pasienter. Sykepleierne kan bli vage når de skal fortelle om hva det er som gir følelser de forbinder med økt selvmordsfare:

*Jeg snakker med pasientene om alminnelige ting. Hva det er som gjør at jeg kan lese av dem, det vet jeg ikke. Det er bare det at jeg går med ulike følelser i forhold til pasienten (Informant 2).*

Hvilke type følelser som bidrar til at de får mistanke eller befester økt selvmordsfare, kan også være vanskelig å sette ord på:

*Jeg tror det er noe av de faktorene vi gjør, som ikke lar seg skrive ned eller måle. Har noe med erfaring å gjøre. Magefølelse. Hvis en kan bruke det uttrykket (Informant 6).*

Informanten knytter følelse om at det er økt fare for selvmord opp mot magefølelse, som hun knytter opp til erfaring. Sykepleiernes magefølelse utdypes videre som en indre måler som gir beskjed når det er flere varselsignaler som sammenfallende betyr økt selvmordsfare:

*Hvis en ikke har så mye opplysninger om vedkommende, så går man og snakker med vedkommende. Nitti prosent av de spørsmålene har du sikkert gjort før, og du går og fisker. Og så svinger den pendelen opp og ned. Etter hvor langt vedkommende scorer. Spør gjerne flere spørsmål, fra flere vinklinger. Og så blir det, det er nesten litt skremmende, for man har en del faste ting, men så har du også en del følelsesting, den der pendelen som går frem og tilbake, i hodet. Og plutselig så overskrider den. Eller ikke (Informant 1).*

Sitatet beskriver at det kan være nyanser og ulike vinklinger til samme tema som gjør at sykepleieren vurderer at det foreligger økt selvmordsfare. Informanten forteller at dette krever mange spørsmål og nysgjerrighet fra sykepleieren. Videre forteller sykepleieren at ganske plutselig, så har man en følelse av at her er det en økt risiko.

Følelser hos seg selv, er noe informantene tar på alvor og som gir grunnlag for handling. Spesielt etter hvert som sykepleierne har lang klinisk erfaring opplever de at de kan stole mer på sine egne følelser og at de er kilde til informasjon om pasienter. Det man selv føler kan fortelle noe av hva pasientene strir med, og det er viktig å sette ord på og drøfte slike følelser, spesielt med andre kolleger. Sykepleiernes egne følelser kan dermed gjenstand for egne refleksjoner og drøfting med kolleger og kanskje pasienten selv, for og utforske nærmere hva de kan bety.

Ved siden av egne følelser er også pasientens følelser kilde til informasjon om mulig økt selvmordsfare. Negative følelser og opplevelser av avsky, skam, selvhat og håpløshet er følelser hos pasienter som gir sykepleierne grunn til å observere og vurdere nærmere. Informantene får tilgang til pasientens følelser gjennom det han sier, hvordan han samhandler med andre og hva sykepleierne selv kjenner av følelser hos seg selv.

## 4.2.2 Endring

Informantene vender tilbake til temaer som handler om endringer eller skiftninger hos pasienter. Det tolkes som om dette er sentralt for hva varselsignaler for selvmord handler om:

*Jeg tror at det hele tiden går på det at det skifter. Det er det vi sier alle sammen hele tiden, når det skifter. Når det har vært rolig hele tiden og så blir det dét motsatte, har vært veldig til stede, snakket, vært hyggelig, men plutselig er man ikke der, man snur seg vekk. Skiftninger (Informant 5).*

Her åpner informanten i jeg-form, før hun endrer sine uttalelser til vi-form. Sitatet er hentet fra andre fokusgruppe, og tydeliggjør at gruppen sammen har kommet frem til at endring eller skiftninger hos pasienter er sentral i observasjon og vurdering av selvmordsfare. Sykepleieren beskriver endringer hos pasient eller i relasjon mellom pasient og sykepleier. Når det er etablert relasjon eller allianse mellom pasient og sykepleier, tolkes beskrevne endringer som om de

kan være tydelige sykepleier å observere. Hvis det derimot ikke foreligger en relasjon kan det være vanskeligere å fange opp slike signaler.

Sykepleierne er oppmerksomme på endringer hos pasienter, også små hendelser i pasienters situasjon eller omgivelser som kan få pasienter til å gjøre alvor av å gjennomføre selvmordshandlinger:

*Ofte er selvmord nøye planlagt, men jeg har opplevd mange ganger at det har vært impulsive handlinger også. De fleste tilfeller har det gått bra, og man kan sikkert diskutere om det var tilfeldig. Men i mange sammenhenger kunne det like gjerne gå galt. Når man summerer sånn i ettertid synes jeg ofte det har vært en avvisning, det har vært en telefon, en lei beskjed, besøk av nære pårørende som vedkommende hadde et nært forhold til, som har aktualisert en katastrofefølelse. Sånne små hendelser som vi er obs på (Informant 4).*

Her påpeker sykepleieren at det ikke er tilfeldig at de er oppmerksomme på slike hendelser som kan føre til endring i pasienters situasjon og tilstand. Sykepleiernes erfaringer gjør at de er oppmerksomme også mot tilsynelatende små hendelser i pasienters liv, spesielt mot pasienters opplevelse av nære relasjoner.

Utfordringer i utøvelse av sykepleie i dette spenningsfeltet understrekes når en av respondentene sier:

*Du sier, det er de som planlegger. Men så er det de som ligger og vipper, og en liten greie kan være det lille...(sykepleieren knipser)...forferdelig vanskelig(sukker) (Informant 1).*

Sitatet ble tolket som at det er svært vanskelig å være i forkant av utvikling av den enkeltes selvmordsprosess. Det er vanskelig å vite hvilke hendelser som er *den lille greia* som kan vippe noen over i selvmordshandlinger, til tross for at sykepleierne forsøker å vurdere hendelser i en helhetlig sammenheng i forhold til hva de vet om pasienten.

### 4.2.3 Manglende samsvar

Sykepleierne forsøker å danne seg et helhetlig bilde av pasienten gjennom muntlig rapport, skriftlig dokumentasjon og egne observasjoner. Hvis ulike kilder til observasjoner ikke stemmer overrens, eller hvis det er diskrepans mellom observasjoner som blir gjort og den intuitive følelsen sykepleieren får om hva dette handler om, så tolker hun det som mulig varselsignal for selvmord og det er behov for å utforske nærmere. Pasienters verbale utsagn skal stemme overrens med hvordan de uttrykker seg non-verbalt. Når det er noe i helheten som ikke stemmer, at det er noe som skurrer, reagerer sykepleierne:

*Hvordan man vet når man må sjekke ting litt nærmere ut, har vel også med helhet å gjøre. Innleggesskrivet, opplysninger man får av pasienten. Hvordan mottakssamtalen var, hvor god legen var på å kommunisere med pasienten, hvilket inntrykk du får, om det er samsvar i det pasienten sier og det han uttrykker (Informant 1).*

Når sykepleierne får en opplevelse av at det er et eller annet som ikke stemmer, kan de velge ikke å stole på pasienters verbale utsagn eller annet helsepersonells vurderinger. Som eksempel blir det nevnt at sykepleier kan føle seg utrygg etter kjappe vurderinger av lege i mottakssamtale. Når det er manglende samsvar mellom andres og egne vurderinger, hender det at sykepleierne må undersøke dette nærmere ved å drøfte videre med kolleger eller at de utforsker temaet videre hos pasienten.

Ut i fra teoretisk og praksisbasert kunnskap har sykepleierne ulike forventninger til hvordan pasientens tilstand, situasjon og forløp skal fortone seg. Denne kunnskapen springer ut fra generell kunnskap om psykisk lidelse og spesifikk kunnskap om den enkelte pasient. Innenfor dette bildet er det gitt rom for individuelle forskjeller fra pasient til pasient. Hvis forløpet avviker for mye i forhold til det normale, gir det sykepleieren grunn til å vurdere sine observasjoner mer detaljert og spørrende, - for om mulig å avkrefte eller bekrefte økt selvmordsrisiko:

---

*Man har jo en viss forventning til hvordan ting skal skje og i hvilken rekkefølge. Det må jo gis slingring, vi er jo forskjellige, og eksterne ting kan påvirke; pårørende og alle de situasjonene. Men likevel innenfor de ganske vide rammene skal det være en viss progresjon i en viss rekkefølge. Hvis ting skjærer helt opp mot...feil oppførsel på feil tid til feil sted! Jeg relaterer det til det jeg har lært, det jeg har lest, det jeg kan, det jeg har opplevd, og hvis det ikke matcher.... (...)Referansesystemet skal stemme, hvis ikke, undersøker man nærmere (Informant 1).*

Samsvaret i helheten avgjør om man stoler på det man ser, hører eller kjenner. Referansesystemet, som informanten sier her, tolkes som et system som vektet alle observasjoner, setter de i sammenheng med hverandre og i tillegg vurderer observasjonene i lys av kunnskap om psykiske lidelser generelt, kunnskap om risikofaktorer for selvmord og helhetlig kunnskap om pasienten spesielt.

## 4.3 Varselsignalenes uttrykk

Nøkkelen til å forstå at pasienter kan være i økt fare for å gjennomføre selvmord tolkes som å observere og vurdere følelser, endring og manglende samsvar i lys av risikofaktorer og helhetlig kunnskap om pasienten. Det vil nå bli presentert beskrivelser informantene ga om hvordan følelser, endring og manglende samsvar som mulige varselsignaler for selvmord kan komme til uttrykk for sykepleierne.

### 4.3.1 Uro

De ulike følelser som blir observert og vurdert i forhold til mulig økt selvmordsfare kan være ganske uspesifikke og tolkes som en magesfølelse eller en form for uro, eller de kan fremtre tydeligere for sykepleierne. Sykepleierne er derfor oppmerksomme på mange ulike følelser. Hos seg selv er det spesielt følelse av uro som blir diskutert i fokusgruppene. Uro kan oppleves av sykepleierne på grunn av det pasienter sier eller gjør, for eksempel direkte meddelelser om selvmordstanker eller -planer. Uro kan

også oppleves av sykepleierne uten at de helt kan definere hvorfor den følelsen er der. En form for uro kan også dukke opp når sykepleieren opplever dilemmaer i forhold til oppgaver hun skal gjøre, for eksempel låse noen ut for hjemreise eller permisjon eller ved gjennomføring av intervallobservasjon. Dilemmaer kan komme til uttrykk som uro når sykepleier ikke er enige i de tiltak hun skal gjennomføre, og hun må drøfte tiltaket med legen på nytt eller hun gjennomfører tiltaket på en mer restriktiv måte enn det legen har foreskrevet. Uro knyttes også til en form for instinktiv følelse erfarne sykepleiere kan få ved kjennskap til nye pasienter; de føler det er et eller annet der som er skummelt med vedkommende og de følger ekstra oppmerksomt med. Informantene beskriver også følelse av uro når de opplever at det er noe der som de ikke får tak i, kanskje noe pasienten skjuler ved ikke å si noe eller vise noe. En annen sier noe om at følelse av uro også er noe man må tolerere å ha i en slik jobb:

*Men det å stå på trappa, når en skal ønske en pasient hjem igjen som sier: "Det kommer ikke til å gå bra, altså." Og vi står der med overbevisning: "Du kommer til å klare det, jeg er sikker på at du klarer det." Den følelsen man står med i magen, kanskje, kanskje ikke...Ja, da er det blitt nøye vurdert og... (Informant 6).*

Informanten peker her på utfordringer i forhold til å avgjøre når man burde handle på sin uro og når man burde tolerere og kjenne på uro og samtidig ikke intervensjon. Ganske ofte må man stole på at vurderinger som er gjort er grundige og så riktige som mulige.

En historie om selvmordsrisiko og følelse av uro hos sykepleier blir utforsket mer i detalj. Følelsen av uro beskrives levende og tydelig mange år senere. Følelse av uro beskrives som en klump, en bekymring, et sug, - den gjør en urolig innvendig. Den er passiv i den forstand at den ikke gir økt adrenalin, men den er aktiv i forhold til at sykepleierne forteller at de oftest agerer på denne følelsen. Ofte kjenner de på en slik form for uro når det er noe som ikke stemmer i forhold til referansesystemet, - det kan være at ulike observasjoner ikke stemmer overrens, eller at de har en følelse av at pasienten skjuler noe. Det trenger ikke å være store endringer, men nok til at



sykepleierne handler ved for eksempel å ta et ekstra tilsyn, hyppigere enn hva tiltaket sier.

### 4.3.2 Kroppsspråk

Endringer, nyanser og skiftinger i pasienters tilstand blir løftet frem av informantene som varselsignal for selvmord. Slike endringer kommer gjerne til uttrykk gjennom pasienters kroppsspråk:

*Du sa det med blanke øyne, eller lys i øynene. Det er når du får en vag følelse, når man observerer etter det såkalte kliniske blikk. En endring har skjedd uten at det stemmer overrens i det hele tatt, sier en ting og viser noe annet. Det er da det blir så...utrolig vanskelig. Det er de gangene jeg har sjekket litt ekstra uten at det står som beskrevet tiltak. Det du ser stemmer ikke overrens med det hun sier. Det var ingenting å glede seg over, og medisinen har ikke virket ennå. En mellomting mellom det som er målbart og det som senses (Informant 1).*

Her beskrives endringer som tolkes som kompliserte og vanskelige både å observere og vurdere. Sykepleieren beskriver vage endringer som blanke eller lys i øynene, en ørliten endring som hun ikke klarer å plassere eller passe i en sammenheng. Dette eksemplet belyser at varselsignalene ses i sammenheng med hverandre. Sitatet viser at endring vurderes som et varselsignal ut i fra en sammenheng hvor også sykepleierens følelser er sentrale.

Sykepleierne beskriver at de ubevisst eller bevisst reagerer på endring hos pasienter. Ulik informasjon om pasienter kan observeres og lagres uten at man tenker på det. Hvis sykepleierne har registrert hvordan kroppsspråket til pasienter er, hva de vanligvis gjør på rommet, hvilken tilstand de vanligvis er i og hvordan de oftest fremstår så reagerer de hvis det er en endring ut i fra det som hittil har vært det vanlige:

*Når vi går inn til en pasient som har intervallobservasjon hvert 10. minutt, så er det veldig mye informasjon man lagrer. Etter hvert som man blir*

*mer erfaren så er det som om man ikke tenker så mye over det, men man ser, hvordan puster du? Du gjør det når du kommer inn til en pasient som vanligvis er veldig rolig, men hvis vedkommende puster fryktelig, så vil du registrere det. Det er ikke sikkert at du tenker bevisst på at det er det du registrer, men du ser at her skjer det noe, som du vil ha tak i (Informant 5).*

Holder pasienten på med noe annet enn vanlig, er uttrykket annerledes? Har pusten til vedkommende endret seg? Spesielt ved kroppsspråk som uttrykker apati blir en av informantene urolig og går ikke fra pasient lenge av gangen hvis hun ikke har fått vite mer hva den apatien dreier seg om. Når fokusgruppen beskriver sine erfaringer forteller de om vage detaljer som å legge merke til lys og mørke i pasientens øyne eller om pasienters direkte og søkende blikk. De forteller også om noe så konkret som hurtig gange i korridoren. En sykepleier hadde opplevd at en pasient hurtig og bestemt hadde gått til rommet sitt og tatt livet sitt. Etter dette var hun mer oppmerksom på endring i kroppsspråk som kan tolkes som uttrykk for beslutsomhet og avklarhet.

Evne til å fange opp endringer hos pasienter kan være svært betydningsfullt. En pasient lå i senga med plan om å kutte hovedpulsåra for å la det blø i håndklær hun hadde samlet opp. Den natten var det en nattevakt som hadde sittet hos pasienten flere netter tidligere:

*Når du ser på noen som sover, så ser du hvordan de sover. Nattevakten så at vedkommende var annerledes. Hun var ikke så avslappet, pustet annerledes, lå annerledes fysisk oppe i sengen. Hun så at det var noe galt (Informant 5).*

Nattevaktens årvåkenhet og vurdering av pasientens endring som varselsignal på at noe var galt, hindret at pasienten skadet seg.

### 4.3.3 Økt energi og aktivitet

Dette funnet handler om observasjoner knyttet til endring i pasienters fremtreden, hvor endring i energinivå og aktivitet fremstår som det mest sentrale. Spesielt er informantene oppmerksomme på varselsignaler som kan vurderes som uttrykk for økt energi. Om rask endring av aktivitetsnivå sies det:

*Pasienter som helt plutselig vokser opp, helt plutselig føler man at de er mye bedre. De har økt energi som man ser gjennom handling, tanker, aktivitet, økt kontakt og sosial deltagelse (Informant 2).*

Endring i aktivitet vurderes som varselsignal for økt selvmordsfare, spesielt når endringen skjer ganske plutselig. Ordet plutselig blir brukt flere ganger i denne sammenheng, og tolkes som om sykepleieren vurderer endringen som ikke forventet ut fra pasientens tilstand og situasjon. Dermed gir pasienters tilsynelatende bedringsprosess sykepleierne grunn til å undre seg eller mistenke økt risiko for selvmord. En av informantene sier om slike endringer: *det er det som er farlig*. Det kan se ut som om det har gått opp et lys for pasienter som har det slik, og man kan observere endring i pasienters uttrykk. Pasienter kan gi uttrykk av større grad av ro og avklarhet enn tidligere. Sykepleierne vurderer slike varselsignaler som mulig uttrykk for lettelse ved bestemmelse om å gjennomføre suicid. I slike tilfeller hvor man kan observere en plutselig endring i aktivitetsnivå samtidig med en slags ro og lettelse, sier en av respondentene at selvmord ikke er et resultat av impuls, men at det er en veloverveid, gjennomtenkt handling. Andre respondenter påpeker at selvmord ofte kan være et resultat av impulsive handlinger, også i slike tilstander som beskrevet her.

En annen mulig vurdering av pasienters økte aktivitet og initiativ som varselsignaler for selvmord, vektlegger at når motorikk og initiativ bedres raskt, kan pasienters tanker, følelser og opplevelser fremdeles være dypt preget av lidelsen vedkommende har. Pasienter er ikke i stand til å vurdere gjenvunnet energi og initiativ som en form

for bedring. En sterk håpløshetsfølelse er fremdeles overveldende, og pasienter kan være utilgjengelige for sine egne bedringsprosesser:

*Ting har endret seg, men pasienten har ikke vært med inne i seg, har ikke kjent at ting har gått bedre, energien og initiativet har vært der, men følelsen av at ting kan bli bedre har ikke vært der (Informant 5).*

Pasienter kjenner ikke selv at de blir bedre, men sykepleierne kan observere endring i energi og initiativ. Uttrykk for økt energi kan blant annet observeres gjennom ansiktsmimikk, toneleie, - fra helt monoton til masse liv i stemmen, blikkontakt, ivaretagelse av hygiene og måten man spiser på.

#### 4.3.4 Utilgjengelighet og taushet

Funnene viser at pasienters utilgjengelighet og taushet er tydelige varselsignaler for mulig økt selvmordsfare. Relasjon i sykepleier-pasientforholdet eller mellom pasient og hans nære andre, tolkes som viktige informasjonskilder for informantenes observasjon og vurdering hvorvidt de opplever pasienter som utilgjengelige eller tause. Selv sier sykepleierne om slike situasjoner at *der er det noe*, og de kan reagere med en form for uro. Utilgjengelighet kan beskrives slik:

*Når en pasient tar i mot vår varme og nærhet og omsorg, jeg tenker at det er et tegn, på at pasienten har håp. Hvis en pasient ikke tar til seg noe av vår nærhet, det synes jeg er litt skummelt. Hvis du observerer en som ikke responderer på all den tette oppfølgingen, all den menneskelige kontakt, varme og faglighet som er på et sånt sted, det er litt sånn, du får ikke napp på noe. Jeg reagerer alltid når folk skifter til å bli mer innadrettet, mer innadvendt. Og mer utilgjengelig, registrerer ikke det som foregår rundt seg, er ikke med i samtalen lenger (Informant 4).*

Pasienters avvisning av oppfølging og kontakt vurderes av informantene som varselsignal for selvmord. Sykepleieren stadfester at pasienter som tar i mot sykepleierens tilnærminger har en form for håp. Sitatet tolkes som om pasienters manglende respons på sykepleiers tilnærminger kan være et uttrykk for det motsatte av håp, nemlig håpløshet. Pasienters tilstand av håpløshet knyttes her til mulig

forklaring på utilgjengelighet i relasjoner og blir betraktet som mulig økt risiko for selvmord.

Pasienters taushet kan også vurderes som varselsignal for selvmord. Gjennom det tause og avvisende uttrykker pasienter et behov for ikke å dele verken tanker eller følelser med sykepleierne. Informantene undrer seg over om pasienter som fremstår som tause har bestemt seg for å gjennomføre suicid. Pasienters besluttosomhet gir de ikke behov for å formidle sine tanker og følelser omkring selvmordet. I det mer ambivalente selvmordet er ikke taushet så fremtredende, fordi man uttrykker seg mer til omgivelsene hvis man er i tvil hvorvidt man skal leve eller dø. Pasienters taushet gir derfor grunn til uro hos sykepleierne:

*Jeg har undret meg litt, det virkelige selvmordet, er det nærmest taushet som er knytta til det? Vi har jo voldsomt mye prat som vi ikke nødvendigvis tolker så dramatisk som den tausheten vi av og til opplever. Men den tausheten, hvor du føler det er en alvorstynget person som ikke formidler seg så mye, da undrer jeg meg hva som ligger bak det. Da kan jeg bli urolig (Informant 4).*

Etter flere runder med diskusjoner rundt tilbaketrekking, taushet og innesluttethet oppsummerer informanten at pasienters taushet er et alvorlig varselsignal som sykepleierne kan vurdere som dramatisk. Tilknyttet til taushet beskrives også alvor og sykepleier kan føle på uro. Utsagnet blir senere tatt opp igjen av en annen informant som sier at også hun lurte på om det er de som er utilgjengelige og tause gjennom formell opptreden som har bestemt seg for å gjennomføre suicid. Formell opptreden og avstand tolkes som pasienter som svarer høflig på spørsmål og gjør som de blir bedt om eller det forventes i pasientrollen, men ellers gir svært lite av seg selv. De beskrives som de som ikke skaper noe ekstra oppmerksomhet eller oppstyr rundt seg. Formell opptreden hindrer nærhet, og kan være uttrykk for beslutning om å ta sitt eget liv:

*Vi hadde en ordentlig, ryddig dame hos oss. Hun pratet pent og var verken ufin eller støyende i avdelingen. Men hun var lukka den dagen og kvelden før, husker jeg. Og så reiste hun hjem, skulle hjem en liten tur. Og så kom*

*hun aldri tilbake, hadde tatt en overdose. Men det var ikke noe dramatiserende atferd, ikke noen ord om å ta livet sitt, ingenting* (Informant 5).

I ettertid vurderer sykepleieren pasientens oppførsel som lukket umiddelbart før selvmordet. Utsagnet tolkes som at det kan være svært vanskelig å observere små, nærmest umerkelige endringer hos pasienter, spesielt hos de pasienter man i utgangspunktet opplever man ikke oppnår nærhet og relasjon til. Men varselsignalene kan også være vanskelige å observere og vurdere fordi pasienter som oppleves som utilgjengelige og tause beskrives som de som ikke gjør så mye ut av seg i avdelingen, de skaper ikke noe oppstyr, dramatik eller behov for masse diskusjoner i behandlingsmøter eller lignende. Om manglende dramatik og plass i tverrfaglige diskusjoner blir det sagt:

*De har kanskje ikke like mange krav til livet, som de andre har? De er mye mer inneslutta. Jeg har ikke møtt så mange som har tatt livet. Men jeg kan tenke meg at de har ikke så mange krav, det går mer stille for seg* (Informant 1).

Her undrer sykepleieren seg over om pasienter som tar livet av seg ikke har så mange krav til livet eller sine omgivelser, og om det er årsaken til at de har et mindre dramatisk uttrykk enn andre pasienter har.

Pasienters utilgjengelighet og taushet kan komme til uttrykk gjennom at de ikke deltar i samtale og samhandling med sykepleier på samme måte som tidligere og på denne måten holder en avstand til mennesker rundt seg. Det kan være at pasienter legger seg til under dyna i senga, eller at de snur seg vekk, ser ned eller ligger apatisk på sengen uten å svare på kontaktforsøk fra sykepleieren. Pasienters fremtreden og mangel på kontakt gjør at sykepleieren blir usikker på hvor pasient befinner seg på et mer eksistensielt plan, og hun opplever at hun ikke vil gå fra pasienter før hun har fått til en slags dialog, eller hun gjør ekstra hyppige tilsyn for fortsatt å observere og vurdere pasienters tilstand tett.

---

Det tause og innadrettede uttrykket kan av sykepleierne også oppleves som et uttrykk for sinne hos pasienter. Når sykepleierne selv kjenner aggresjon i samhandling med tause og formelle pasienter blir de urolige og tar oftere kontakt med pasienten.

#### 4.3.5 Selvforakt, skam og avsky

Følelser er sentralt i sykepleiernes observasjon og vurderinger av varselsignaler for selvmord. Tidligere har følelser, og spesielt uro, blitt beskrevet som varselsignal. Sykepleierne er oppmerksomme på følelser både hos pasienter og hos seg selv. Spesielt en av sykepleierne er opptatt av de følelser som overføres mellom pasient og sykepleier, og hevder at sykepleiers følelser kan gi verdifull informasjon om hvilke følelser pasienter har. Prosjeksjoner, som sykepleieren beskriver som overføring av vanskelige eller uakseptable følelser og egenskaper hos seg selv til andre personer, mener hun kan gi informasjon om pasienters selvmordsprosess. Sykepleieren mener derfor at det er av betydning å reflektere og drøfte med kolleger de følelser en kan ha overfor pasienter eller i møte med pasienter. Spesielt er dette viktig hvis de ikke helt forstår hva de selv føler, eller hvis de selv ikke skjønner hvorfor de føler slik de gjør. Varselsignaler for selvmord knyttet til følelser handler først og fremst om selvforakt, avsky og skam. I tillegg nevner også informantene følelser som sinne, frustrasjon, fortvilelse og håpløshet som følelser de er oppmerksomme mot. Felles for alle følelsene er at de kan være svært vanskelige for pasienter å leve med. For sykepleiere kan de være vanskelige å erkjenne for seg selv og andre.

Pasienters selvforakt kan handle om at man dømmer seg selv over at man ikke får til ting som man burde. Fallhøyden kan være fryktelig stor. Selvforakt kan komme til uttrykk gjennom at det synes som om ingenting har betydning for pasienten. Han vasker seg ikke, spiser ikke. Andre positive ting har heller ikke betydning:

*Du kan høre flere si det samme; han er skummel. De vi har sagt det om, da har vi en sånn følelse, den samme følelsen. Det handler om den selvforakten, om de pasienter som bebreider seg selv og dømmer seg selv.*

*Det tror jeg er det vondeste. Og det synes godt utenpå personen som er fryktelig alvorlig. Ser ut av vinduet. Fallhøyden kan være så stor, og man dømmes seg selv ut fra ting man ikke får til der ute. Det har jeg sett ved flere anledninger (Informant 4).*

Igjen benyttes ordet *skummet* om varselsignaler, denne gangen om pasienter som har stor selvforakt. Tidligere ble ordet skummelt brukt om pasienter som var utilgjengelige for sykepleiernes nærhet og kontakt. Pasienters selvforakt er tydelig observerbart for sykepleieren, blant annet gjennom pasienters uttrykk av alvor og manglende mental tilstedeværelse. En av sykepleierne forbinder selvforakt og utilgjengelighet, ved å beskrive at man kan observere pasienters selvforakt ved at de avviser kontakt med pårørende og venner. Andre beskriver selvforakt knyttet til manglende evne til å ta i mot komplimenter:

*Etter at pasientens behandling med ECT hadde begynt å virke og pasienten begynte å lyse opp, så møtte jeg henne på sykehuset. Hun hadde stelt neglene sine og ordnet håret sitt. Jeg kommenterte at hun var så fin. Hun tok ikke rosen positivt til seg, så vidt jeg kunne se. Det betydde ingenting. For selvforakten inni henne var så stor (Informant 3).*

Denne pasienten var i en bedringsprosess, og hadde begynt å bry seg mer med personlig hygiene og hvordan hun så ut. Sykepleieren observerer og vurderer pasientens måte å ta i mot kompliment på som at pasienten fremdeles slet med negative følelser om seg selv. Senere beskriver den samme informanten at avsky også kan komme til uttrykk gjennom hvilken måte pasienter fremstår på. Pasienter kan fremstå med en holdning som vurderes av sykepleierne som om at det er ikke så farlig med meg, det er ingenting som betyr noe.

Følelser som avsky og skam blir også betraktet som viktig informasjon som bør utforskes for å avklare hvorvidt det kan handle om økt selvmordsfare hos pasienten:

*Jeg tenker på et tilfelle hvor vedkommende tok livet sitt inne i posten, det var mange som sa de kjente på en motvilje mot den pasienten, - avsky, rett og slett. Det viste seg at pasienten i samtale hadde sagt at han også hadde en veldig avsky for seg selv. Det er viktig å snakke om de følelser som*



---

*dukker opp i møte med pasienten. Det er jeg opptatt av etter de hendelser vi har hatt (Informant 6).*

Motvilje og avsky for pasienter kan være følelser det er vanskelig å snakke med kolleger om. I dette tilfellet kom det frem i etterkant av selvmordet at flere av sykepleierne hadde kjent på slike følelser overfor denne pasienten. Denne erfaringen bidrar til at informantene opplever det som spesielt viktig å ta egne følelser på alvor gjennom selv å erkjenne de, men også å drøfte de med kolleger. Funnene tolkes som at følelser av skam kan være beslektet med selvforakt, - men heller mer mot at vedkommende har gjort noe som er umulig å leve videre med:

*Noen av de som har tatt livet sitt, tenkte at det går ikke an å leve videre med dette. Ser det umulige i det en har gjort. Den store skammen. Umulig å leve videre med det (Informant 5).*

Slike opplevelser av skam blir nevnt flere ganger, og her beskrives den som diskrepans mellom egne etiske verdier og egne handlinger som oppleves uopprettelig og uholdbart. Skam kan også uttrykkes eksplisitt og fysisk, gjennom arr etter selvskading.

Hvordan håpløshet kan komme til uttrykk blir beskrevet gjennom et eksempel hvor pasienten fremstod som mumieaktig i ansiktet, - nesten ikke ansiktsmimikk, nesten grå, blass og glassaktig. Pasienters håpløshet kan komme til uttrykk gjennom andre følelser som frustrasjon, sinne og fortvilelse. I møte med den enkelte pasient kan håpløshet også komme til uttrykk gjennom pasientens nedsatte evne til å se det positive rundt seg, og for en av informantene blir dette nevnt som en grunn til bekymring. Pasienters følelse av håpløshet blir også registrert av informantene gjennom at pasienter uttrykker slike følelser verbalt.

## 5. Diskusjon

Diskusjon av funnene vil deles i to. Først vil informantenes beskrivelser som har med risikofaktorer for selvmord og helhetlig kunnskap om pasienter diskuteres. Deretter diskuteres funnene som beskriver varselsignalene og hvordan de kommer til uttrykk.

### 5.1 Helhet

Felles for risikofaktorer for selvmord og helhetlig kunnskap om pasienter er at begge temaene krever at man observerer og vurderer pasienter på en helhetlig måte.

Informantene beskriver sin tilnærming til selvmordstruede pasienter hvor både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjoner er av betydning. I tillegg observerer og vurderer de nåtid i forholdt til fortid og fremtid.

Funnene viser at sykepleierne observerer og vurderer varselsignaler for selvmord i lys av kunnskap om risikofaktorer for selvmord og helhetlig kunnskap om pasienter, og justerer sin oppmerksomhet om varselsignaler ut fra vurdering av til enhver tid tilgjengelig kunnskap om disse temaene. Kunnskap om risikofaktorer betraktes av sykepleierne som betydningsfull bakgrunnskunnskap i møte med alle psykiatriske pasienter. I møte med den enkelte pasient er det kunnskap og forståelse for hans spesifikke tilstand og situasjon som er avgjørende for hvor vidt sykepleierne vurderer at det foreligger økt selvmordsfare. Dette er i tråd med Benner (1984) sine beskrivelser av sykepleiere som håndterer hurtig skiftende situasjoner, hvor ekspertsykepleiere knytter generell og spesifikk kunnskap sammen for å kunne gjøre en vurdering av risiko. Informantenes beskrivelser av risikofaktorer for selvmord samsvarer med anerkjent teori og forskning når de kort nevner psykisk lidelse, tidligere forsøk, rus, tapsopplevelser og manglende nettverk.

Sykepleierne bruker begrepet helhetlig tilnærming til pasienter. I begge fokusgruppene reflekteres en grunnholdning hvor helhetlig omsorg for pasienter fremstår som sentral og gjenspeiler en viktig verdi i sykepleiefaget. Kim (2000) hevder at sykepleiepraksis bør innebære at man tilnærmer seg helheten av pasienters opplevelse som mennesker. Fokuset for sykepleie blir det enkelte mennesket i ulike situasjoner. Målet for sykepleie vil være å gi omsorg til pasient med som et menneske med unik historie, personlighet og opplevelse (ibid.). Shneidman (1985) sin teori om selvmord påpeker at både historie i form av tidligere mestringsmønstre og hvordan opplevelsen av smerte forekommer for den enkelte, er en del av viktige karakteristikk av selvmordet som fenomen. Funnene tolkes som om sykepleierne er opptatt av disse punktene i sine observasjoner og vurderinger. Informantene forsøker også å rette sin oppmerksomhet mot hele menneske i samspill med sine omgivelser. Sykepleierne påpeker at det er av betydning å vite hva som foregår i pasienters liv, også hva som foregår i pasienters liv utenfor sykehuset mens de er innlagt. De beskriver at de er opptatt av både personen og situasjonen. I sine beskrivelser av helhetlig tilnærming til pasienter, vektlegger sykepleierne observasjoner i nåtid. Samtidig poengterer de også at pasienters historie er betydningsfull for å forstå sammenhenger her-og-nå. Oppmerksomhet mot pasienters historie for å skape forståelse for nåtiden, for om mulig si noe om fremtidige hendelser er tett knyttet til definisjon av risikovurdering:

*A gathering of information and analysis of the potential outcomes of identified behaviors. Identifying specific risk factors of relevance to an individual and the context in which they may occur. This process requires linking historical information to current circumstances to anticipate possible future change (Morgan, 2000).*

De ulike hendelser, situasjoner og sider av pasienter må vurderes i sammenheng for at de enkelte observasjoner skal gi mening. Det helhetlige bildet som en referanse man vurderer observasjoner mot, er i kontinuerlig endring og tilpasses og endres ut fra nye opplysninger, forteller informantene. De enkelte pasienters selvmordsprosess er i bevegelse. Analysens funn tolkes som at sykepleiernes observasjoner og vurderinger

også er i kontinuerlig bevegelse avhengig av endringer i hennes teoretiske, praksis- og erfaringskunnskap.

I St.melding 25 sies det

*Helsetjenestens oppgaver i det selvmordsforebyggende arbeidet bør først og fremst rette seg mot to områder. For det første må det være en målrettet innsats mot risikogrupper som mennesker med depresjon, schizofreni og personlighetsforstyrrelser. Helsetjenestens andre satsningsområde bør være rettet mot risikosituasjoner som kan utløse selvmordsatferd. Det dreier seg først og fremst om situasjoner som fører til tapsopplevelser og krenkelser for den enkelte.*

Det synes som om mange av observasjonene og derav vurderinger hvor det røde flagget til sykepleierne heises, er i sammenheng med sistnevnte område, hvor pasientene av ulike grunner opplever tap eller krenkelse. Sykepleierne hevder at det kan være tilsynelatende små hendelser som kan initiere denne følelsen; kontakt med pårørende, en telefon. De er spesielt oppmerksomme på slike hendelser og viser hvordan et slikt satsningsområde kan gi seg utslag i praktisk virkelighet.

Å vurdere enkeltobservasjoner i sammenheng krever engasjement fra sykepleiernes side. Sykepleierne påpeker at en slik vurdering krever god kjennskap til den enkelte pasient. Tid til å skape tillit, relasjon og allianse blir betydningsfylt. Et tilbakevendende tema er hvor vanskelig og krevende det kan være å bli tilstrekkelig kjent med den enkelte pasient i klinisk praksis med skiftende settinger og høyt tempo. Diskusjonen om dette tema blir avrundet litt spøkefullt med å si at observasjon og vurdering av selvmordstruede pasienter *ikke er noe hastverksarbeid*. Analysens funn tolkes som om sykepleierne ofte kan føle dilemmaer om effektivitet og helhetlig tilnærming som belastende i spenningsfeltet mellom liv og død, hvor kjennskap til den enkelte er forutsetning for helhetlig tilnærming. Slik kjennskap krever tid, engasjement og tilstedeværelse av sykepleierne. Helhetlig tilnærming på sin side viser seg nærmest å være forutsetning for gode observasjoner og vurderinger og kan vanskelig forenes med å arbeide overflatisk. For å fange opp selvmordskriser må informasjon sykepleierne opparbeider seg om pasienter vurderes fortløpende, og

---

sammen med pasienters til dels uforutsigbare reaksjoner oppleves dette som en belastning for sykepleieren.

Sykepleiernes fokus på helhet og deres beskrivelser om egen kunnskap ligger tett opp til estetisk kunnskap. Kristoffersen (1996) hevder at denne formen for kunnskap er personlig, konkret og situasjonsbetinget, og ikke kan læres gjennom teoretiske studier. Estetisk kunnskap er en syntese av vurderingsevne, personlige egenskaper og praktiske ferdigheter som synliggjøres i konkrete handlinger. Det er denne kunnskapen som gjør at sykepleierne er i stand til å individualisere sin sykepleie, noe respondentene gjentatte ganger påpeker viktigheten av. En forutsetning for å utvikle estetisk kunnskap er evnen til å sette seg inn i pasientens situasjon (ibid.), og det er denne kunsten sykepleierne omtaler når de drøfter sin helhetlige kunnskap om pasienten og sier *jeg relaterer det til det jeg har lært, det jeg har lest, det jeg kan, det jeg har opplevd*. Informantene vurderer sine observasjoner også mot en helhet av hva de selv innehar av erfaring og kunnskap. Til sist springer deres observasjoner og vurderinger ut i handling. Beskyttelse av selvmordstruede pasienter krever både gode observasjoner, grundige vurderinger og iverksetting av tiltak. Den enkelte sykepleiers handlingskompetanse vil være avgjørende i omsorg for den enkelte pasient, spesielt når man vet at sykepleierne ofte er ansvarlige for løpende vurderinger i de situasjoner hvor de ikke kan være sikre på hva de enkelte fenomener betyr.

## 5.2 Varselsignaler

Felles for varselsignalene sykepleierne beskriver, er at de kan deles inn i temaene følelser, endring og manglende samsvar. Varselsignalenes uttrykk kan også deles inn etter disse temaer. Felles for varselsignalene og deres uttrykk er at de fordrer en nærhet mellom sykepleier og pasient enten i form av relasjon og allianse eller ved at sykepleier har anledning til å følge opp pasient over tid. I følge Rudd (2006) vil det nettopp være små, nære observasjoner som kan bidra til å avdekke tilstedeværelse av

selvmordskrise. Et annet fellestrekk ved varselsignalene er at de som enkeltobservasjoner sjelden vurderes som varselsignal for økt selvmordsfare. Sykepleierne vurderer sine observasjoner som varselsignaler for økt selvmordsfare ved validering enten gjennom å innhente ytterligere informasjon eller å drøfte med kolleger. Denne måten å arbeide på fordrer at helsepersonell samarbeider tett om både små og store avgjørelser underveis. Pokorny (1983) hevder at observasjon og vurdering av varselsignaler består av mange små avgjørelser. Ved de første varselsignaler kan man bestemme seg for og utforske ytterligere. Ved neste avgjørelse så stopper man igjen opp og vurderer hva man skal gjøre videre. I hvert tilfelle, så vurderer man hva neste skritt skal bestå i, for den nære fremtid. Funnene viser at sykepleierne underveis i en slik prosess foretar mange avgjørelse både alene og sammen med annet helsepersonell. I tillegg beskrives en praksis hvor informantene nærmest kontinuerlig bringer sine refleksjoner og vurderinger tilbake til pasienten, for sammen med ham undre seg over hva fenomener, tilstander og utvikling i relasjon eller opplevelse kan bety.

Funnene viser at risikofaktorer for selvmord og helhetlig kunnskap om pasient er viktig for å gjøre en helhetsvurdering. I møte med den enkelte pasient må observasjoner av varselsignaler vurderes opp mot denne helheten. Det enkelte varselsignal observeres og vurderes også i sammenheng med andre varselsignaler, og hvor opphopning av flere varselsignaler kan bety økt selvmordsrisiko. Informantene forholder seg dermed til varselsignaler i tråd med litteratur som hevder at ett enkelt varselsignal har begrenset betydning isolert sett, og må ses i sammenheng med flere symptomer og signaler (Rudd et al., 2006). Funnene følelser, endring og manglende samsvar er kliniske, observerbare fenomener som tolkes som uttrykk for at varselsignaler vurderes i en sammenheng av informantene. Sykepleiernes beskrivelser av disse fenomenene viser at det enkelte fenomen sjelden viser seg og vurderes alene uavhengig av andre kliniske fenomener. De enkelte observasjoner av følelser, endring eller manglende samsvar må vurderes i forhold til noe i den enkelte pasients tilstand

---

eller situasjon. Varselsignaler er dynamiske og kan forandre seg hurtig. I motsetning til risikofaktorer er varselsignaler mer diffuse, har mindre empirisk grunnlag og mer relatert til atferd enn tydelige symptomer og diagnoser (ibid.).

### 5.2.1 Følelser

Sykepleierne er tydelige på at deres egne følelser er beveggrunner for handling i deres omsorg for selvmordstruede pasienter. De opplever tydelig og sterkt at de må iverksette sykepleiehandlinger som innhenting av ytterligere informasjon eller drøfting med kolleger på bakgrunn av egne følelser. Følelser som iverksetter handlinger kan være vanskelig å beskrive detaljert. Noen ganger fremtrer de som uspesifikke og oppleves mer som en form for uro. Slike følelser beskriver de som en mellomting mellom det som er målbart og det som kun kan kjønn med følelsene og betegner dette som magefølelse. Andre ganger fremtrer følelsene tydeligere og kan identifiseres som for eksempel avsky og håpløshet. Funnene i analysen kan tyde på at det er først og fremst når sykepleierne kjenner en vag, diffus følelse, - at det er første gang de ser varsellampen blinke. De blir mer oppmerksomme, de fininnstiller seg på varselsignaler for selvmord og blir sensitive for alt som har med dette å gjøre. I sammenheng med beskrivelse av uro, ble ordet skummelt nevnt flere ganger og berørt både til pasienter som fremstår som tause og utilgjengelige, apatiske og de som fremstår med stor følelse av selvforakt og skam. De bruker sitt intellekt, sine følelser og sin kropp for å registrere og tolke sine egne følelser, for om mulig å være i forkant av pasientens selvdestruktivitet. I sine beskrivelser av følelser berører informantene beslektede emner som intuisjon, klinisk blikk og faglig skjønn. Sykepleierne forteller om umiddelbar forståelse av økt fare for selvmord, uten forutgående resonnering eller begrunnelse, - de bare følte det var noe som ikke stemte, og var nødt til å handle på bakgrunn av denne følelsen. Selv drøfter de muligheten for at deres intuisjon kan være feil, og de påpeker at de alltid bestreber seg på å innhente ytterligere informasjon for validering eller avkrefting. Informantenes drøftinger i forhold til

hvordan de observerer og vurderer, beskrives sammenfaller med Kim (2000) sin beskrivelse av overveielse og forordning som en sirkulær prosess, og Benner (1974) sin definisjon på intuisjon. Intuisjon er en kognitiv prosess som krever omfattende bakgrunnsforståelse basert på et fundament både av viten og erfaring (ibid.). Nær beslektet til intuisjon, finner vi begrepet klinisk blikk (Kristoffersen, 1996). En av informantene bruker dette uttrykket eksplisitt for å beskrive hva det er som gjør at hun observerer og vurderer pasienter som i økt fare for selvmord, i tillegg bruker hun ordet å sense. Klinisk blikk er nettopp å registrere ved hjelp av sansene, å forstå en situasjon i en større sammenheng (ibid.), - og informanten kobler dette til hva hun *har lest, sett og erfart*. I tillegg hevder Kristoffersen (ibid.) at sykepleierne må være beredt på å observere symptomer eller fenomener som bryter med tidligere erfaringer, det nye og uventede og det ubestemmelige, som et trekk ved bruk av intuisjon. Dette samsvarer med sykepleiernes opplevelser når de beskriver sin aktive søken etter observasjoner som ikke samsvarer med tidligere erfaringer, og at de utforsker nærmere når slike observasjoner fremtrer.

Spenningsfeltet mellom tydelig følelse som gir grunnlag for handling, og mer vage og diffuse grunner til hvorfor de opplever at de må handle, ligger tett opp til faglig skjønn eller dømmekraft (ibid.). Hos eksperten kjennetegnes faglig skjønn som intuitiv forståelse og påfølgende handling uten forutgående analyse og handling. Hos novisen er faglig skjønn knyttet mer til en analyse av situasjonen for deretter å vurdere ulike handlingsalternativer før man handler (ibid.). Studiens teoretiske gjennomgang viser lite forskning knyttet til hjelperens følelser som en rettesnor for å vite når man må undersøke pasienters mulige økte selvmordsrisiko. Ett unntak er Mjøsund sin studie (2003, s. 103), hvor faglig ansvarlig påpeker

*Følelser som blir skapt i sykepleieren, er viktig å formidle videre i et tverrfaglig møte som et innspill til vurderingen av selvmordsfare. Det er noe med å stole på hva disse pasientene gjør med oss, i relasjon. Det er helt sentralt at dette blir formidlet til de som formelt skal ta beslutningen.*



---

Dette sitatet underbygger også informantenes beskrivelser av betydningen av både helhetlig og nær kjennskap til pasienter. Faglig ansvarlig beskriver at relasjonen mellom pasient og sykepleier kan bidra til dette.

Denne studiens litteraturgjennomgang viser betydningen av å observere og vurdere pasienters egne følelser og opplevelse av egen tilstand. Fremtredende følelser av håpløshet og uutholdelig eksistensiell smerte synes avgjørende for mange menneskers evne til å holde ut. Sykepleierne beskriver mange ulike typer følelser hos pasienter som kan være varselsignal for økt selvmordsrisiko, og spesielt er det følelser av selvforakt, skam og avsky som er fremtredende i deres drøftinger. Shneidman (1985) sin teori om selvmord vektlegger nettopp slike negative følelser som årsak til selvmord. Variasjoner over tilstedeværelse av ulike negative følelser er også fremtredende i forskningslitteratur. Kutcher og Cehil (2007) omtaler negative følelser som skam, nedsatt selvfølelse og ydmykelse som varselsignaler det er av betydning å vurdere, og både Hendin et al., 2004 og 2007 bekrefter følelser som håpløshet og selvhat som mulige varselsignaler. Fokusgruppene viser at betydning av selvforakt og avsky hos pasienter kan være betydningsfylt, og at det kan være grunn for nærmere vurdering når helsepersonell selv kjenner igjen disse følelsene hos seg selv. Dette funnet kan belyse hva Cassels et al. (2005) fant i flere studier, nemlig betydningen av fremmedgjøring. Når helsepersonell kjenner avsky og forakt for pasienter kan dette bidra til at man oppfatter pasienter som provoserende eller urimelige. Pasienter kan fange opp helsepersonellens negative følelser som igjen kan bidra til økt fremmedgjøring. Denne studiens funn viser at informantene har opplevd slike negative følelser i forkant av selvmord på sykehuset. En av informantene fortalte tydelig at slike følelser hos seg selv vil føre til at hun stopper opp for sammen å reflektere med kolleger hva følelsene kan bety. Sykepleierne beskriver også pasienters opplevelse av skam som viktig varselsignal for selvmord. Skam kan komme til uttrykk gjennom verbale utsagn, og kan være knyttet til at pasienter opplever at de har gjort noe som de ikke kan leve med. Maltseberger et al. (2003) beskriver også at opplevelse

av egen atferd som nærmest uopprettelig eller meget skambelagt som mulig utløsende før selvmord. Informantene gir beskrivelser av skam som også kan knyttes opp til mer grunnleggende følelse knyttet til egenfølelse og selvverd, og kan tolkes som et mulig uttrykk for pasienters følelse av håpløshet. Hendin et al. (2001) knytter selvhat opp mot depressive symptomer, mens desperasjon og skam drøftes mot å ha sammenheng med andre ytre dramatiske hendelser som kan utløse selvmordskrise.

Litteraturgjennomgangen viser tydeligst betydning av følelser som håpløshet, desperasjon og sterk uro og angst. Funnene viser ikke eksplisitte betraktninger rundt desperasjon som fenomen. Derimot kommer en av informantene stadig tilbake til endringer som skjer ganske plutselig. Man kan undre seg over om en slik plutselig endring kan ha noe med følelse av desperasjon å gjøre, at toleransegrensen ganske plutselig er overskredet og man opplever ikke å utholde sine egne følelser og situasjon lenger. Sykepleierne utfyller bilde av følelser som kan ha betydning som varselsignaler for selvmord ved at de gir utdypende beskrivelser på hvordan de ulike følelsene kommer til uttrykk. De kan gi både direkte kroppslige uttrykk, som for eksempel glassaktig, nesten mumieaktig ansiktsuttrykk eller en fremtreden som tydelig viser en likegyldig holdning til en selv. Følelsene kan også komme til uttrykk gjennom relasjonen mellom pasient og sykepleier hvor sykepleier observerer og vurderer pasientens håpløshet gjennom manglende nysgjerrighet, interesse eller når hun ikke når inn til pasienten uansett hvor mye hun tilbyr av støtte og kontakt.

## 5.2.2 Endring

Sykepleierne vektlegger pasienters endring i observasjon og vurdering av varselsignaler. Funn viser entydig at endring har stor betydning for å avdekke om det foreligger økt selvmordsrisiko. Dette er i tråd med anerkjente tilnæringer om selvmord som en prosess. Retterstøl (Retterstøl et al., 2002) og Ringel (1979) beskriver personers bevegelse mot selvmord hvor man som utenforstående vil være vitne til endringer og skiftninger. Sykepleierne drøfter endringer hos pasienter både

---

på det ytre og det indre plan. Betydningen av endring i pasienters tilstand og situasjon beskrives også av andre. Rudd (2006) hevder at dramatiske endringer i pasienters sinnsstemning krever snarlig vurdering. Cassels et al. (2005) påpeker behov for å vite mer om hvordan selvmordstanker endrer seg i løpet av innleggelse.

Studier viser at opp til halvparten av pasienter som tar livet sitt tilsynelatende er i en bedringsfase av lidelsen når de tar livet sitt. Dette er observert hos pasienter med ulike lidelser, men hyppigst hos pasienter med bipolar lidelse og alvorlig depresjon.

Funnene viser at sykepleierne er opptatt av endringer i energi og aktivitet som mulig varselsignal for økt selvmordsrisiko. Dette handler om endringer i pasienters tilstand og det tolkes som om materialet gir to mulige svar på slike endringer, i tråd med Cassels et al. (2005). Det ene svaret beskriver økt energi og aktivitet som et resultat av pasienters plutselige beslutsomhet om å gjennomføre selvmord og deres uttrykk for bedring ikke er reelt. Det andre svaret beskriver økt energi og aktivitet som et resultat av bedring, men vektlegger en slik endring som et varselsignal når vedkommende samtidig ikke erkjenner en bedringsprosess. Ved begge tilfellene synes det som om sykepleierne forbinder en plutselig endring med økt risiko. Litteraturen beskriver ulike endringer i psykisk tilstand som varselsignaler for selvmord. Ved schizofreni kan innsikt synes som varselsignal for selvmord (Cassels et al., 2005) og det kunne vært interessant å vite mer om dette; sykepleierne beskriver plutselig endring, *som om det har gått opp et lys for dem*. Kan det være at innsikt i egen lidelse kan føre til en beslutning om ikke å leve lenger? Ellers støttes informantenes betraktninger om at man i en bedringsfase kan være utsatt for forhøyet risiko (Hyttén og Mehlum, 1993 og Busch et al., 2003). Spesielt Busch (ibid.) finner svingninger i pasienters tilstand i uken før gjennomført selvmord. Hendin et al. (2004) finner spesielt desperasjon som et tydelig varselsignal for selvmord hos alvorlig deprimerte. Informantenes beskriver at det er spesielt viktig å være oppmerksom på plutselige endringer ved økt energi og aktivitet. Det kan være at denne endringen kan knyttes opp til følelse av desperasjon. Desperasjon gir en opplevelse av ikke å holde ut

lenger, og krever akutt behov for lindring og befrielse (ibid.). Det kan bety at pasienters plutselige endringer også kan knyttes opp til Motto (2004) som hevder at en persons smertenivå og smertetoleranse er flyktige og bevegelige. Langvarig smerte og stress over tid kan føre til at en persons smertetoleranse senkes. Smertenivået kan dermed overskride toleransen, og selvmord kan skje tilsynelatende små hendelser eller uten ytre årsaker.

Pasienters utilgjengelighet og taushet fremstår som et sentralt tema i fokusgruppene. Andre beslektede temaer som formell og avvisende oppførsel opptar informantene også. Ved å avvise menneskelig kontakt, både fra nær familie og fra helsepersonell, er pasienter utilgjengelig fra å opprettholde og etablere livgivende og livreddende relasjoner. Funn tolkes som at sykepleiernes manglende kontakt med pasienter gjør at de ikke vet hvor pasienten befinner seg på et eksistensielt plan, og de kan ikke stole på ham. Informantene bruker her ord som *skummelt*, noe som tolkes som et uttrykk for pasientens usikre tilknytning til både hjelpere og livet. Taushet er et annet uttrykk for utilgjengelighet som opptar sykepleierne i stor grad og som er et tilbakevendende tema i fokusgruppene. Informantene undrer seg om taushet er knyttet til det virkelige selvmordet, i motsetning til de pasienter som mer eksplisitt uttrykker sin smerte og eksistensielle tvil. Kan hende at utilgjengelighet og taushet er hva Shneidman (1985) vil karakterisere som et resultat av frustrerte psykologiske behov, hvor fenomener som manglende tilhørighet og akseptasjon er fremtredende. De pasienter som har negative følelser om seg selv, som ikke føler seg som møtt med de behov de så sår har i den eksistensielle krise de befinner seg i, kan oppleve at det ikke nytter å begi seg ut på nye relasjoner og samarbeid. Man kan også forestille seg at personer som avslår menneskelig kontakt er et uttrykk for hva Shneidman (ibid.) beskriver som en sentral opplevelse i selvmord, nemlig ensomhet. I Ringel (1979) sin teori om selvmord er det innsnevring, isolasjon, rolig avklart holdning og flukt som karakteriserer prosessen. Informantene gir beskrivende detaljer for hvordan en slik prosess kan komme til uttrykk. Ringen (ibid.) sin beskrivelse av siste fase i prosessen med flukt,

---

dagdrømmer og fantasier blir påpekt fra en av informantene slik: *når en person sitter sånn og stirrer ut av vinduet, da kan jeg bli urolig*. Informanten forteller her at hun reagerer med uro når pasienter fremtrer som utilgjengelige når de sitter og stirrer ut av vinduet. Dette utsagnet ble ikke fulgt opp videre i intervjuet, men i ettertid fremstår det som et interessant utsagn som kanskje kan knyttes til innsnevring og flukt i selvmordsprosessen.

I observasjon av selvmordstruede pasienter forteller sykepleierne om ulike små hendelser som skjer i og utenfor posten og som kan påvirke pasienter i stor grad. Informantene påpeker at det er svært vanskelig å være i forkant av *den lille greia* som fører til at pasienter kan bestemme seg for å gjennomføre et selvmordsforsøk. Dette utsagnet kan belyses av Benner (1984) sin beskrivelse av sykepleie som utføres i en form for gråsoner. Gråsoner defineres som en sone hvor endringer er vanskelige å definere og marginene for sikkerhet er små. Sykepleierne strever her med å reagere adekvat; de må både reagere tidsnok til å iverksette tiltak samtidig som de ikke må overreagere. Det er denne problematikken informanten sier noe om, og som tolkes som strevsomt å stå i over tid. Forskning som har sett på betydning av ulike hendelser før gjennomført selvmord (Hendin et al., 2004 og Hendin et al., 2007) beskriver alvorligere og mer gjennomgripende hendelser i forkant av selvmord enn det informantene påpeker. Kan hende at forskjellene i ulike typer hendelser kan forklares med at nevnte studier har foretatt en gjennomgang på personer som har gått i behandling poliklinisk, mens denne studien handler om inneliggende pasienter. Det kan også være problematisk å overføre funn fra andre forhold til lokale forhold. Informantenes beskrivelser om små hendelser som *vipper hele greia* er utdypende og temaet ble berørt flere ganger. Igjen kan man undre seg om dette handler om endring av smertetoleranse slik at følelse av uutholdelig smerte som må opphøre umiddelbart, inntreffer (Motto, 2004).

Når informantene i denne studien blir spurt om hvordan de skiller risikofylte endringer fra mer ordinære endringer, viser de at dette er svært komplisert og ikke kan

svares på generelt. Som beskrevet innledningsvis i diskusjonskapitlet vil alle enkeltobservasjoner alltid ses i sammenheng for å avgjøre hvorvidt det foreligger økt selvmordsrisiko.

### 5.2.3 Manglende samsvar

Informantene beskriver at manglende samsvar i ulike observasjoner og vurderinger gir grunn til å observere og vurdere videre hva dette kan bety. Det kan være at ulike kilder til informasjon ikke stemmer overrens, at pasienters kroppsspråk og verbale utsagn ikke samsvarer eller at pasienters fremtreden ikke stemmer med hva sykepleierne hadde forestilt seg skulle skje. Rudd (2008) påpeker viktigheten av å gjenkjenne misforhold mellom hva pasienter sier og hva de gjør. I denne sammenheng er det verdt å merke seg at flere studier finner underdiagnostisering av selvmordsrisiko. Opp til 80 % av de som tok livet sitt innlagt i sykehus, var på forhånd vurdert som ikke selvmordstruede (Cassels et al., 2005). Samtidig hevder Shneidman (1985) at opptil 80 % av de som tar livet sitt bevisst eller ubevisst har kommunisert sin uutholdelige smerte. Disse tallene sammen med informantenes beskrivelse av diskrepans som varselsignal for selvmord kan være et uttrykk for den ambivalens som kjennetegner et hvert selvmord (ibid.). På den annen side, så tolket sykepleierne taushet som en mulig årsak til at pasientene faktisk er svært nære en avgjørelse om å ta livet sitt. Pasienter som er tause vurderes som om de ikke å dele sine tanker og følelser med noen. Samtidig så kan også taushet være uttrykksfullt og synlig. Kan hende at ambivalensen kommer til syne også her, i spenningsfeltet mellom det tause og det uttrykksfulle.

Manglende samsvar kan komme til uttrykk på mange måter. Sykepleierne gir detaljerte og nyanserte beskrivelser i pasienters kroppsspråk som mulighet til å observere og vurdere både endring og manglende samsvar. Litteraturgjennomgangen viser ikke betydelige beskrivelser om dette tema. Med bakgrunn i informantenes levende og detaljerte beskrivelser vil det hevdes at pasienters kroppsspråk kan være

viktig kilde til observasjon og vurdering av mulig økt selvmordsrisiko. Slike fenomener hviler på sykepleiers evne til å fange opp små og store endringer eller manglende samsvar. Informantene selv påpeker at dette på ingen måte er eksakt kunnskap, men uttrykk av fenomener som kommer til uttrykk i kjennskap og relasjon til den enkelte pasient. Norman og Ryrie (2004) beskriver at grunnmuren for psykiatrisk sykepleie nettopp er relasjon mellom pasient og sykepleier.

### 5.3 Studiens betydning

Denne studien har fokus på varselsignaler for selvmord som observeres og vurderes av sykepleiere hos innlagte pasienter i akuttpsykiatri. Utgangspunktet for studiens problemstilling er foreliggende teori og forskning på feltet som viser behov for ytterligere forskning på varselsignaler, identifisering av disse og beskrivelser av deres uttrykk. Studiens funn viser at sykepleiere observerer og vurderer varselsignaler for selvmord i lys av kunnskap om risikofaktorer for selvmord og helhetlig kunnskap om pasienters tilstand og situasjon. Sykepleierne beskriver følelser, endring og manglende samsvar som varselsignaler for selvmord. Disse varselsignalene kan komme til uttrykk gjennom sykepleiernes egne følelser, spesielt uro. Hos pasienter kommer varselsignalene til uttrykk gjennom økt energi og aktivitet, utilgjengelighet og taushet og vanskelige følelser som selvforakt, skam og avsky.

Studiens litteraturgjennomgang viser til dels stor begrepsforvirring vedrørende varselsignaler for selvmord. Forskjellige begrep som akutte risikofaktorer, dynamiske risikofaktorer, korttidsfaktorer, varselsignaler, akutt risiko og nært forestående selvmord ble benyttet i ulike studier, og vanskeliggjorde sammenstilling av forskning og sammenligning på tvers. Studien viser et behov for entydig og enhetlig begrepsbruk på dette området.

Studiens funn viser flere interessante momenter. Funnene følelser, endring og manglende samsvar understøttes av anerkjent teori og bekrefter hva tidligere forskning om varselsignaler beskriver. Tidligere forskning har ikke utforsket og beskrevet varselsignaler for selvmord fra et sykepleiefaglig ståsted slik som denne studien eksplisitt gjør, og således bringer den ny kunnskap på dette område. Denne studien bygger videre på eksisterende kunnskap ved at den gir mer utfyllende beskrivelser av kvaliteter ved fenomener som kan være varselsignaler for selvmord. Deretter gir studien utdypende og levende beskrivelser av hvordan varselsignaler kan komme til uttrykk hos pasienter. Slike beskrivelser er ikke gitt i utstrakt grad tidligere, og er verdifulle beskrivelser av ny kunnskap på området.

Studiens funn om betydningen av helhetlig tilnærming av selvmordstruede pasienter har betydning for organisering av sykepleie. Det kan være av avgjørende betydning at personer som har ansvar for pasienter som er selvmordstruede innehar ulike ferdigheter som bidrar til ivaretagelse av helhetlig sykepleie. Først og fremst tolkes sykepleiernes drøftinger i forhold til å ivareta helheten rundt pasienter, at det fordrer ferdigheter i kommunikasjon og samhandling, og rasjonelle ferdigheter. Implisitt i deres beskrivelser av helhetlig tilnærming til pasienter og observasjon og vurdering på ekspertnivå, ligger forutsetninger om at sykepleierne må ha evne til å forstå andre og å gjøre seg selv forstått. Sentralt for å forstå pasienters opplevelse av egen tilstand og situasjon, er evne til aktiv lytting, åpen og lyttende holdning og å stille klargjørende spørsmål (Kristoffersen, 1996). Spesielt drøfter sykepleierne sistnevnte egenskap. Rasjonelle ferdigheter består av ulike former for tenkning, vurdering, beslutningstaking og problemløsning (ibid.). Slike ferdigheter forutsetter at man tilegner seg både teoretisk kunnskap og erfaring fra tilsvarende situasjoner om problemstillinger man møter i praksis. Sykepleieres erfaringer og egenskaper har stor betydning for evne til å tegne seg et fullstendig som mulig bilde av pasient, tilstand og situasjon. Informantenes beskrivelser gir inntrykk av at beskyttelse av selvmordstruede pasienter er et komplekst og krevende område. En av informantene



---

sier det slik *I etterpåklokskapens tegn, så er det jo ofte at vi ser løsningen. Det er fristende å si alt hva vi skal registrere, men jeg tror mange ganger er det vanskelig, helt umulig. Å registrere før etterpå. For mennesker har så mange uttrykk.* Igjen blir utfordringen med å være i forkant av pasienters selvmordsprosess og selvmordskrise uttalt. Likevel beskriver informantene evne til raskt å forstå hva problemet handler om, å intervensere riktig og til å vurdere og å mobilisere den hjelpen som trengs. Å handle på en slik måte krever mye kunnskap og erfaring, og sykepleiere med kort erfaring er ikke alltid i stand til å utføre sykepleie på en slik måte (Benner, 1984). Å beskytte pasienter fra selvmord og selvmordsforsøk krever årvåkent helsepersonell som er trent i å observere og vurdere selvmordstruede pasienter. Beskyttelse av disse pasientene bør ikke settes bort til ufaglært personale.

Fenomener som ikke tidligere er drøftet i lys av risikosignaler for selvmord er helsepersonells egne følelser. Studien viser at følelser hos sykepleier er av betydning for hennes observasjon og vurdering av selvmordstruede pasienter. Spesielt markant og tydelig fremtrer sykepleieres følelse av uro og det anbefales videre utforskning og beskrivelse av slike følelser og deres opphav og sykepleieres overveielser og forordninger i tilknytning til dem. Studien bidrar også med vesentlige beskrivelser av utilgjengelighet og taushet. Tidligere litteratur har beskrevet beslektede fenomener som tilbaketrekking og isolasjon som varselsignal for selvmord. Denne studien bidrar med å understreke betydning av taushet og tilbaketrekking hos inneliggende pasienter i akuttpsykiatri i relasjon til helsepersonell eller andre. I tillegg gir den verdifulle bidrag vedrørende pasienters uttrykk og hvordan fenomenene kan komme til uttrykk i relasjon. Beskrivelsene kan bidra til at lignende fenomener blir gjenkjennbart for andre. De andre varselsignalers uttrykk gir alle nye beskrivelser om hvordan disse kommer til uttrykk, og betydningen av de i en samlet observasjon og vurdering. Alle fenomenene er beskrevet i litteratur og forskning tidligere, men studien gir igjen utdypende beskrivelser til hvilke type varselsignaler som kan være av betydning ved beskyttelse av selvmordstruede pasienter. Derimot så er varselsignalenes uttrykk i stor

grad også nye beskrivelser. Denne studien viser at sykepleiegruppen har mye å bidra med i så måte og legitimerer og begrunner fagkompetanse som avgjørende i møte med alvorlig selvmordstruede mennesker.

Studien viser tydelig betydning av erfaringsbaserte og personlige egenskaper som grunnlag for observasjon og vurdering av selvmordstruede pasienter i akuttpsykiatri. Spenningsfeltet mellom kvaliteter, beskrivelser og sammenhenger og effekt kommer til uttrykk i denne studien. Det synes som om sykepleierne har få direkte svar på hva som er varselsignaler for selvmord. De vil alltid se symptomer og fenomener i sammenheng med pasientens situasjon, lidelse, opplevelse med mer, og for å få biter av denne helheten så bruker de sin relasjonskompetanse. Behov for kunnskap som er målbart og om kunnskap som sier noe om effekt av tiltak som iverksettes i akuttpsykiatri, er påpekt i flere studier og også sist i en nasjonal kunnskapsoppsummering (Mehlum et al., 2007). Denne studien vil på den annen side hevde at også behovet for beskrivelser og kvaliteter ved fenomener som har betydning for økt selvmordsfare i akuttpsykiatri fremdeles er tilstede i stor grad. Selvmordets ulike uttrykk i den akutte og kritiske fase er på ingen måte uttømt, spesielt ikke fra et sykepleiefaglig ståsted selv om denne studien har gitt et lite bidrag i så måte.

Det kan være vanskelig å bevege seg i feltet vedrørende selvmord, observasjon og vurdering av økt selvmordsrisiko i et sykepleiefaglig perspektiv. Vurdering av selvmord er anbefalt som definert oppgave for leger og psykologer. Denne studiens funn viser betydningen av å fremheve, anerkjenne og fortsatt utforske og beskrive sykepleieres bidrag på dette området. Det ønskes også avslutningsvis å understreke at sykepleieres bidrag slik det er beskrevet i studien omhandler deres observasjoner og vurderinger i beskyttelse av selvmordstruede pasienter for å ivareta denne oppgaven på en forsvarlig faglig måte. Deres observasjoner og vurderinger som går utover det rent sykepleiefaglig og som omhandler en fullstendig selvmordsvurdering, vil bringes inn i det tverrfaglige team.

Samlet kan man konkludere med at studien frembringer utdypede og nye beskrivelser av mulige varselsignaler for økt selvmordsrisiko hos inneliggende pasienter i akuttpsykiatri. Studiens beskrivelser kan ha overføringsverdi for beskyttelse av selvmordstruede pasienter ved lignende forhold som denne studien omfatter. Funnene bidrar til at kunnskap om selvmordsrisikovurdering økes og at mulige varselsignaler for selvmord lettere kan identifiseres.

## Kildeliste

Aflague, J.M. (2004). *Suicide assessment by psychiatric-mental health nurses in a phenomenographic study*. New York: University of Rhode Island.

American Psychiatric Association (2003). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviours. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1-60.

Appleby, L. (1992). Suicide in psychiatric patients: Risk and prevention. *British Journal of Psychiatry*, 161, 749-758.

Appleby, L., Shaw, J. og Amos, T. (1999). Suicide within 12 months of contact with mental health services. National clinical survey. *Annals of Emergency Medicine*, 34 (4, Part 1), 571.

Appleby, L. (2000). Prevention of Suicide in Psychiatric Inpatients. I: K. Hawton, og K. van Heeringen (red.). *Suicide and Attempted Suicide* (s. 617-629). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Apter, A. og Ofek, H. (2001). Personality constellations and suicidal behaviour. I: K. van Heeringen (red.). *Understanding Suicidal Behaviour. The Suicidal Process Approach to Research, Treatment and Prevention* (s. 94-119). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Barker, P. (1997). *Assessment in Psychiatric and Mental Health Nursing: In Search of the Whole Person*. Cheltenham: Stanley Thorne Ltd.

Benner, P. (1984). *From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical nursing Practice*. California: Addison-Wesley Publishing Company.

- 
- Billings, C.V. (2004). Psychiatric inpatient suicide: focus on intervention. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, 10 (4), 190-2.
- Bjørndal, A., Flottorp, S. og Klovning, A. (2007). Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bowers, L., Gournay, K. og Duffy, D. (2000). Suicide and self-harm in inpatient psychiatric units: a national survey of observation policies. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (2), 437-444.
- Boyd, M. A. (2003a). Contemporary Psychiatric Nursing Practice. I: M. A. Boyd (red.). *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Boyd, M. A. (2003b). The Assessment Process. I: M. A. Boyd (red.). *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Busch, K.A., Fawcett, J. og Jacobs, D.G. (2003). Clinical correlates of inpatient suicide. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 14-19.
- Busch, K.A. og Fawcett, J. A. (2005). Fine-grained Study og Inpatients Who Commit Suicide. *Psychiatric Annals*, 34 (5), 357-365.
- Cassels, C., Paterson, B., Dowding, D. og Morrison, R. (2005). Long – and Short – Term Risk Factors in the Prediction of Inpatient Suicide: A Review of the Literature. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 26 (2), 53-63.
- Cavanagh, J.T., Carson, A.J., Sharpe, M. og Lawrie, S.M. (2003). Psychological autopsy of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.

- Crabtree, B. F., Yanoshik, M. K., Miller, W. L. og O`Connor, P.J. (1993). Selecting Individual or Grup Interviews. I: D. L. Morgen (red.). *Successful Focus Groups. Advancing the State of the Art* (s.142-146). Newbury Park: Sage Publications, Inc.
- Cutcliffe, J.R. og Barker, P. (2004). The Nurses` Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 393-400.
- Durkheim, Emilie (2001). *Selvordet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ekeberg, Ø. Selvmord i og utenfor psykisk helsevern. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 2, 128.
- Fagermoen, M.S.(1998a). Studier med utforskende design. I: M.S. Fagermoen, R. Nord, B.R. Hanestad og E. Bjørnsborg (red.). *Fra kunst til kolikk. Norsk sykepleieforskning i fokus* (s. 55-57). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Fagermoen, M.S.(1998b). Oppsummerende vurdering. I: M.S. Fagermoen, R. Nord, B.R. Hanestad og E. Bjørnsborg (red.). *Fra kunst til kolikk. Norsk sykepleieforskning i fokus* (s. 145-147). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Fagermoen, M.S. (red.) (2003). *Forskningsveileder for sykepleiere. Sykepleieforskning gjør sykepleien bedre*. Bergen: Norsk Selskap for Sykepleieforskning.
- Gjertsen, F. (2003). Selvmord og kjønn i et epidemiologisk perspektiv. *Suicidologi*, 8 (3).
- Gordon, H. (2002). Suicide in secure psychiatric facilities. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 408-417.

- 
- Gournay, K. og Bowers, L. (2000). Suicide and self-harm in in-patient psychiatric units: a study of nursing issues in 31 cases. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (1), 124-131.
- Hansen, V., Jacobsen, B.K., og Arnesen, E. (2001). Cause-specific mortality in psychiatric patients after deinstitutionalization. *British Journal of Psychiatry*, 179, 438-43.
- Harris, E.C. og Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170, 205-28.
- Halkier, B. (2003). *Fokusgrupper*. Fredriksberg: Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag.
- Helsedirektoratet (1993). Nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge. *Helsedirektoratets veiledningsserie 1-93*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hendin, H., Maltzberger, J.T., Lipschitz, A., Haas, A.P. og Kyle, J. (2001). Recognizing and Responding to a Suicide Crisis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31 (2), 115- 128.
- Hendin, H., Maltzberger, J.T., Haas, A.P., Szanto, K. og Rabinowicz, H. (2004). Desperation and Other Affective States in Suicidal Patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34 (4), 386-394.
- Hendin, H., Maltzberger, J.T., Haas, A.P. og Szanto, K. (2007). The Role of Intense Affective States in Signaling a Suicide Crisis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195 (5), 363-368.
- Henriksen, A.T., Smedvig, K., Østbø, G., Aanderaa, M., Tytlandsvik, M., Dahle, A.S., Hammervold, U. og Stokka, M. (2007). *Miljøterapi – en modell for tenkning, holdning og handling i psykiatrisk institusjon*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

Hummelvoll, J.K. (1997). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Hytten, K. og Mehlum, L. (1993). Selvmord blant innlagte pasienter i Gaustad sykehus 1954-91. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 16 (113), 1974-7.

Kim, H.S. (2000). *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. New York: Springer Publishing Company.

Kutcher, S. og Chehil, S. (2007). *Suicide Risk Management. A Manual for Health Professionals*. Canada: Blackwell Publishing.

Kvale (1997). *InterView. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: 1997.

Kristoffersen, N.J. (1996). *Generell sykepleie 1*. Oslo: Universitetsforlaget.

Krueger, R. A. (1993). Quality Control in Focus Group Research. I: D. L. Morgen (red.): *Successful Focus Groups. Advancing the State of the Art* (s.65-85). Newbury Park: Sage Publications, Inc.

Krueger, R. A. (1998a). *Developing Questions for Focus Groups. Focus Group Kit 3*. London: Sage Publications.

Krueger, R. A. (1998b). *Moderating Focus Groups. Focus Group Kit 4*. London: Sage Publications.

Krueger, R. A. (1998c). *Analyzing & Reporting Focus Group Results. Focus Group Kit 6*. London: Sage Publications.

Lieberman, D.Z., Resnik, H.L.P. og Holder-Perkins, V. Environmental Risk Factors in Hospital Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34 (4), 448-554.

Lincoln, Y.S. og Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. California: Sage Publications, Inc.



- 
- Lindström, U. Å. (2003). *Psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lyons, C., Price, P., Embling, S. og Smith, C. (2000). Suicide risk assessment: a review of procedures. *Accident & Emergency Nursing*, 8, 178-186.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Maltsberger, J.T., Hendin, H., Haas, A.P. og Lipschitz, A. (2003). Determination of Precipitating Events in the Suicide of Psychiatric Patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33 (2), 111-119.
- Mehlum, L., Dieserud, G., Ekeberg, O., Groholt, B., Mellesdal, L., Walby, F.A. og Myhre, K.I. (2007). Forebygging av selvmord, del 2 (*Rapport nr 4*). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Mjø Sund, N.H. (2003). *Selvmordsvurdering i psykiatrisk akuttpost i et sykepleieperspektiv*. Institutt for sykepleievitenskap. Det medisinske fakultetet. Universitetet i Oslo: Hovedoppgave.
- Morgan, H.G. og Stanton, R. (1997). Suicide among psychiatric in-patients in a changing clinical scene. Suicidal ideation as a paramount index of short-term risk. *The British Journal of Psychiatry*, 171 (12), 561-563.
- Morgan, S. (2000). *Clinical Risk Management: a Clinical Tool and Practitioner Manual*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Morgan, S. og Wetherell, A. (2004). Assessing and managing risk. I: I. Norman og I. Ryrie (red.). *The Art and Science of Mental Health Nursing. A textbook of Principles and Practice* (s. 208-238). Berkshire: Open University Press.

- Morrison-Breedy, D., Côté-Arsenault, D. og Feinstein, N.D. (2001). Maximizing Results With Focus Groups: Moderator and Analysis Issues. *Applied Nursing Research*, 14 (1), 48-53.
- Motto, J. (2004). Consultation by Jerome Motto, M.D. I: E.S. Shneidman: *Autopsy of a Suicidal Mind* (s. 49-58). New York: Oxford Univeristy Press.
- Nord, R.(1998). Ulike typer design. I: M.S. Fagermoen, R. Nord, B.R. Hanestad og E. Bjørnsborg (red.). *Fra kunst til kolikk. Norsk sykepleieforskning i fokus* (s. 24-38). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Nord, R. og Fagermoen, M.S. (1998). Sykepleieforskningens gjenstandsområde. I: M.S. Fagermoen, R. Nord, B.R. Hanestad og E. Bjørnsborg (red.). *Fra kunst til kolikk. Norsk sykepleieforskning i fokus* (s. 39-53). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Norman, I. og Ryrie, I. (2004). Mental health nursing: origins and orientations. I: I. Norman og I. Ryrie (red.). *The Art and Science of Mental Health Nursing. A textbook of Principles and Practice* (s. 66-97). Berkshire: Open University Press.
- Pokorny, A.D. (1983). Prediction of Suicide in Psychiatric Patients. Report of av Prospective Study. *Archives of General Psychiatry*, 40, 249-257.
- Polit, D. og Beck, C. (2004). *Nursing Research. Principles and Methods*. Philidelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Powell, J., Geddes, J. og Hawton, K. (2000). Suicide in psychiatric hospital in-patients. Risk factors and their predictive power. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 266-272.
- Repstad, P. (1998). Oslo: *Mellom nærhet og distanse*. Universitetsforlaget AS.

- 
- Retterstøl, N., Ekeberg, Ø. og Mehlum, L. (2002). *Selv mord – et personlig og samfunnsmessig problem*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Rudd, D. (2003). Warning signs for suicide? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33 (1), 99-100.
- Rudd, D., Berman, A.L., Joiner, T.E., Nock, M.K., Silverman, M.M., Mandrusiak, M., Van Orden, K. og Witte, T. (2006). Warning Signs for Suicide: Theory, Research, and Clinical Applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36 (3), 255-262).
- Rudd, D.(2008). Suicide Warning Signs in Clinical Practice. *Current Psychiatry Reports*, 10 (1), 87-90.
- Rønneberg, U. og Walby, F.A. (2008). Selvmord hos pasienter behandlet i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Den norske Legerforening*, 128 (2), 180-183.
- Ryrie, I. og Norman, I. (2004). Assessment and care planning. I: Norman og I. Ryrie (red.). *The Art and Science of Mental Health Nursing. A textbook of Principles and Practice* (s. 183-205). Berkshire: Open University Press.
- Shea, S. C. (2002). *The Practical Art of Suicide Assessment. A Guide for Mental Health Professionals and Substance Abuse Counselors*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Shneidman, E. S. (1985). *Definition of Suicide*. New Jersey: Jason Aronson Inc.
- Shneidman, E. S. (1996). *The Suicidal Mind*. New York: Oxford University Press.
- Simon, R.I. (2006). Imminent Suicide: The Illusion of Short-Term Prediction. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36 (3), 296-300.

- Sokolov, G., Hilty, D., Leamon, M. og Hales, R. E. (2006). Treatment and Partial Hospitalization. I: R.I. Simon og R. E: Hales (red.). *Textbook of Suicide Assessment and Management Inpatient Suicide* (s. 401-416). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Sosial- og helsedirektoratet (2008). Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (*IS-1511*). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Spiessl, H., Hubner-Liebermann, B. og Cording, C. (2002). Suicidal behaviour of psychiatric in-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 106 (2), 134-138.
- Statens helsetilsyn (2000a). Handlingsplan mot selvmord- Sluttrapport. (*Skriftserie 3-2000*). Oslo: Statens helsetilsyn.
- Statens Helsetilsyn (2000b). Schizofreni: Kliniske retningslinjer for utredning og behandling. (*Utredningsserie 9-2000*). Oslo: Statens helsetilsyn.
- Statens Helsetilsyn (2000c). Stemningslidelser: Kliniske retningslinjer for utredning og behandling. (*Utredningsserie 3-2000*) Oslo: Statens helsetilsyn.
- Statens helsetilsyn (2008). *Tilsynsmelding 2006*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Stengel, Erwin (1974). *Suicide and Attempted Suicide*. New York: J. Aronson Inc.
- Talseth, A.G. (2001). *Psychiatric care of people at risk of committing suicide*. Umeå: Umeå University Medical Dissertations.
- Temkin, T.M og Cotty, M. (2004). Suicide and Other Risk Monitorering in Inpatient Psychiatry. *Journal of America Psychiatric Nurses Association*, 10 (2), 73-80.
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vråle, G. B. (2001). *Møte med det selvmordstruede mennesket*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Walby, F.A., Odegaard, E. og Mehlum, L. (2006). Psychiatric comorbidity may not predict suicide during and after hospitalization. A nested case-control study with blinded raters. *Journal of Affective Disorders*, 92 (2-3):253-60.

Wolfersdorf, M.(2000). Suicide among Psychiatric Inpatients. I: K. Hawton og K. van Heeringen (red.). *Suicide and Attempted Suicide* (s. 457-465). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Qin, P. og Nordentoft, M. (2005). Suicide Risk in Relation to Psychiatric Hospitalization.

# Meldeskjema<sup>1</sup>

for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldingsplikt eller konsesjonsplikt

(jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter)

Meldeskjema sendes på print  
9-008 eller faks, i ett eksemplar, til:

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
Personvernombudet for forskning  
Harald Hårfagre gate 29  
5007 BERGEN

personvernombud@nord.uio.no / telefaks: 55 58 96 50 / telefon: 55 58 21 17

Vennligst les veiledning bakerst

<b>1. PROSJEKTITTEL</b>			
Risikofaktorer for selvmord i akuttpsykiatri – utforskning av sykepleieres kartlegginger av selvmordssøre pasienter.			
<b>2. BEHANDLINGSANSVARLIG INSTITUSJON<sup>1)</sup></b>			
Institusjon: Universitetet i Oslo Institutt for Sykepleievitenskap og helsefag			
Adresse:		Postnr.	Poststed:
Nedre Ullevål 9, Pb. 1153 Blindern		0318	OSLO
<b>3. DAGLIG ANSVAR<sup>2)</sup></b>			
Navn (fornavn - etternavn): Eli Haugen Bunch			
Institusjon: Universitetet i Oslo			
Arbeidsted (avdeling/seksjon/institutt): Institutt for Sykepleievitenskap og helsefag, Seksjon for sykepleievitenskap		Akademisk grad/utdanning D.N.Sc	Stilling Professor
Adresse – arbeidsted:		Postnr.:	Poststed:
Nedre Ullevål 9 Pb. 1153 Blindern		0318	Oslo
Telefon:	Telefaks:	Mobil:	E-postadresse:
87122184		90068455	e.h.bunch@medisin.uio.no
<b>4. VED STUDENTPROSJEKT<sup>3)</sup></b> (studiested må alltid være samme som arbeidsted til daglig ansvarlig)			
Navn (fornavn - etternavn) på studenter: Monica Strand			
Studiested (avdeling/seksjon/institutt): Samme som arbeidsted til daglig ansvarlig.		Akademisk grad/utdanning: Mastergrad i sykepleievitenskap.	
Adresse – privat:		Postnr.:	Poststed:
Tomireborgveien 42		3011	Drammen

1. 2019

Et slikt spørsmål vil fortrinnsvis med utfylling av skjemaet, bli gitt inn kontakt med Personvernombudet hos NSU, telefon 55 58 21 17

Telefon: 32804261 / 32310986	Telefaks:	Mobil: 93455201	E-postadresse: monica.strand@sb-hf.no
---------------------------------	-----------	--------------------	------------------------------------------

## 5. FORMÅL MED PROSJEKTET

<b>Problemløsninger,</b> <b>Avklaringsprosedyrer eller</b> <b>Agendere.</b>	<p>Flere studier peker på at det er mangelfull kunnskap om risikofaktorer for selvmord blant pasienter innlagt i akuttpsykiatri. Sykepleiere er en yrkesgruppe som observerer og kartlegger symptomer hos pasienter 24 timer i døgnet. Sykepleieres kartlegginger av selvmordfare er sentrale i sykepleieres kontinuerlige vurderinger og som bakgrunn for sykepleiehandlinger. Sykepleiere gir også viktige bidrag i tverrfaglig selvmordsvurdering.</p> <p>Gjennom fokusgrupper utforskes sykepleieres kartlegginger i arbeid med selvmordsnære pasienter i akuttpsykiatri. Økt kunnskap om hva sykepleiere vektlegger i møte med den selvmordsnære i akuttpsykiatri danner sammen med forskningslitteratur et kunnskap og grunnlag for systematisering og kvalitetssikring av selvmordsvurderinger.</p> <p>Dette vil være en utforskende studie som benytter seg av kvalitativ metode i form av fokusgruppeintervju og innholdsanalyse.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 6. PROSJEKTOMFANG

<input checked="" type="checkbox"/> Eriell institusjon	<input type="checkbox"/> Nasjonal multisenlerstudie	<input type="checkbox"/> Internasjonal multisenlerstudie
Angi øvrige institusjoner som skal delta:		

## 7. UTVALGSBESKRIVELSE

<b>Beskrivelse av utvalget</b> Gi en kort beskrivelse av hvilke personer eller grupper av personer som inngår i prosjektet (f.eks. skolebarn, pasienter, soldater, personer med redusert eller manglende sanselykkebeviselse)	Det vil foretas et fokusgruppeintervju med fem -seks deltagere. Deltagerne skal være fulltids sykepleiere med minimum fem års klinisk erfaring i arbeid med selvmordspasienter i akuttpsykiatri. Det er av betydning at utvalget har erfaring med oppfølging og kartlegging av selvmordsnære pasienter. Følgende inklusjonskriterier må de med oppfylles: Deltagerne skal være utdannet sykepleiere og ha minst fem års klinisk erfaring med selvmordsnære i akuttpsykiatri.
<b>Rekruttering av deltakere</b> Oppgi hvordan utvalget rekrutteres og hvem som fungerer rekrutteringspersonell	Utvalget rekrutteres etter nevnte inklusjonskriterier, og del av avdelingspsykepleier ved aktuell enhet i deltagende institusjon som rekrutterer utvalget etter disse kriteriene.
<b>Forskningskontakter</b> Oppgi hvem som oppretter forslagskontakten med utvalget	Avdelingspsykepleier ved aktuell enhet i deltagende institusjon oppretter forslagskontakt med utvalget.
<b>Oppgi alder på utvalget</b>	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)
<b>Antall personer som inngår i utvalget.</b>	En fokusgruppe på fem - seks deltagere, med mulighet for å øke til to fokusgrupper ved behov. Antall deltagere ca 6 (muligens 12).

## 8. INFORMASJON OG SAMTYKKE

<b>Informasjon</b> Oppgi hvordan informasjon til respondenten gis. <b>NB. Se veiledning for krav til informasjon.</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Det gis skriftlig informasjon (legg ved kop av informasjonsskriv).  <input checked="" type="checkbox"/> Det gis muntlig informasjon. Beskriv hva det informeres om. I forkant av gjennomføring av intervju gis muntlig informasjon, hovedsakelig en forklaring
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>om at innholdet i informasjonsskrivet er forstått.</p> <p><input type="checkbox"/> Det gis ikke informasjon. Forklar hvorfor det ikke gis informasjon.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><u>Semtykke</u> Innkomtes samtykke fra den registrerte? <b>NB. Se veiledning for krav til samtykke.</b></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ja Oppgi hvordan samtykke innhentes (legg ved ev. kopi av samtykkeerklæring).</p>
	<p><input type="checkbox"/> Nei Gi en redegjørelse for hvorfor det anses nødvendig å gjennomføre prosjektet uten samtykke fra respondenten.</p>

## 9. METODE FOR INNSAMLING AV PERSONOPPLYSNINGER<sup>iii</sup>

<p>Gi en kort beskrivelse av alle datainnsamlingsmetoder og datakilder som skal benyttes.</p>	<p>Data skal samles inn ved fokusgruppeintervju. Datakilden skal være sykepleiere med minimums fem års klinisk erfaring med selvmordensnære pasienter i akuttpsykiatri.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 10. DATAMATERIALETS INNHOLD<sup>iii</sup>

<p>Gi en kort liste for hvilke opplysninger som skal samles inn. Legg ved spørreskjema, spørreguide, registreringsskjema e. l., som foretligst er håndgripelige eller som utfyllt.</p>	<p>Hovedsakelig skal det samles inn opplysninger om hvilke kartlegginger sykepleiere gjør for å foreta kontinuerlige vurderinger av den selvmordensnære og som bidrag i tvetydig vurdering av selvmordensnære pasienter.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Behandles det sensitive personopplysninger?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, oppgi hvilke:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Rasemæssig eller etnisk bakgrunn, etnisk, sosial eller religiøs opprøstning.</li> <li><input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, sikret, tiltalt eller dømt for en straffbar handling.</li> <li><input type="checkbox"/> Helseforhold.</li> <li><input type="checkbox"/> Sosiale forhold.</li> <li><input type="checkbox"/> Medlemskap i foreninger</li> </ul>
----------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Behandles det opplysninger om tredjeperson?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, hvordan blir tredjeperson informert om behandlingen?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Nei</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Før skriftlig informasjon.</li> <li><input type="checkbox"/> Før muntlig informasjon.</li> <li><input type="checkbox"/> Blir ikke informert.</li> </ul>
----------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 11. INFORMASJONSSIKKERHET<sup>iii</sup>

<p>Mere av identifikasjonsopplysninger:</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Direkte personidentifiserende opplysninger</p>	<p>Oppgi hvilke:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Navn og arbeidssted</p> <p><input type="checkbox"/> 11-sifret bedriftsnummer</p>
---------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



	<input checked="" type="checkbox"/> Indirekte personidentifiserende opplysninger	Oppgi hvilke: Alder, kjønn, yrke og antall år med klinisk erfaring med selvmordsnære i skuttpsykiatri.
Disse del datamateriale/ behandlet elektronisk, oppgav hvorfor direkte person- identifiserende opplysninger finnes i f.eks. tidskalku- lensregisteret.	<input checked="" type="checkbox"/> Direkte personidentifiserende opplysninger (spesielt hvilke over) erstattes med et referansenummer som viser til en manuell/elektronisk navneliste som oppbevares etvillig fra rest øvrige datamateriale.  Koblingsnøkkelen lagres i låst skap på et låst kontor i en låst enhet i virksomheten. Studenten har tilgang til denne.  <input type="checkbox"/> Direkte personopplysninger lagres sammen med det øvrige materialet  Oppgi hvorfor det er nødvendig med oppbevaring av direkte identifikasjonsopplysninger sammen med det øvrige datamaterialet:  <input type="checkbox"/> Annet Spesifiser:	
Hvordan skal datamaterialet registreres og oppbevares?  Sett flere kryss dersom opplysninger registreres flere steder.	<input type="checkbox"/> Fysisk især på tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> På nettverkssystem tilhørende virksomheten <input checked="" type="checkbox"/> På nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Isolert privat pc <input type="checkbox"/> Privat pc tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Videopptak <input type="checkbox"/> Mannettpapir <input type="checkbox"/> Annet	Lyddoptak Mannettpapir Annet Hvis annen lagring, beskriv nærmere:
Sikring av konfidensialitet	Beskriv hvordan datamaterialet er beskyttet mot at uventede kommer til innsyn i opplysningene? Lydbåndopptak lagres i låsbar skap på et låst kontor i en låst enhet i sykehuset, atskilt fra annet materiale fra studien. Avtrent/ansert skriftlig materiale oppbevares på passordbeskyttet fil på pc i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten.	
Vil prosjekter for prosjektmedarbeidere som skal ha tilgang til datamaterialet på til fjerne med utgangskategori student?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Oppgi hvilke En prosjektmedarbeider vil delta i fokusgruppeintervju og ha tilgang til transkriberte intervjuer for å delta i analyse av data. Vedkommende er psykiatriske sykepleiere og cand.m.ed.
Annetes personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, beskriv hvilke opplysninger og hvilken form de har.
Overføres personopplysninger over distansene netter (som Internett)?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, beskriv i hvilken situasjon dette gjøres og hvilken form opplysningene har.
Vil personopplysninger bli utlevert til andre?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, til hvem?
<b>12. VURDERING/GODKJENNING AV ANDRE INSTANSER*</b>		
Er prosjektet fremleggelsespliktig for Regional komité for medisinsk forskningsetikk?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilrådingstillatelse
Dersom det anvendes biologisk materiale, er det sett Regional komité for medisinsk forskningsetikk an opplysningene av forskningsetikk?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilrådingstillatelse
Er det nødvendig å søke om dispensasjon for forskningsetikk?	<input type="checkbox"/> Ja	Hvis ja, legg ved eller ettersend kopi av tilrådingstillatelse.

Er det tilgjengelig til data?	<input checked="" type="checkbox"/> Nei
Er det nødvendig med melding til statens legemiddelverk?	<input checked="" type="checkbox"/> Hvis ja, legg ved tilsvarende kopi av tilkjenningstillatelse.
Andre	<input type="checkbox"/> Ja Angi hvem.
	<input checked="" type="checkbox"/> Nei

### 13. PROSJEKTPERIODE

Oppgi tidspunkt for når datainnsamlingen starter – prosjektstart samt tidspunkt når behandlingen av personopplysninger opphører – prosjektstopp.	Prosjektstart (ddmmåååå): 10.02.2007 Prosjektstopp (ddmmåååå): 15.10.2007
Er det noe som skal sies med datamaterialet ved prosjektstopp?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet skal anonymiseres. Gi en redegjørelse for hvordan datamaterialet anonymiseres. Lydbåndopptaket slettes etter sensur av masteroppgave foretatt ca 15.10.2007. I masteroppgaven og eventuelle andre skriftlige arbeider kommer det kun fram anonymiserte data.
	<input type="checkbox"/> Datamaterialet skal oppbevares med personidentifikasjon. Hvor skal datamaterialet oppbevares?  Gi en redegjørelse for hvor for datamaterialet skal oppbevares med personidentifikasjon.

### 14. FINANSIERING

### 15. TILLEGGSPPLYSNINGER

### 16. ANTALL VEDLEGG

Oppgi hvor mange vedlegg som legges ved meldeskjemaet.	Vedlegg 1: Kopi av informasjonsskriv og samtykkeerklæring Vedlegg 2: Kopi av utkast til intervjuguide / temaguide.
--------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Haldvågsgate 49  
N-4027 Bergen  
Norge  
Tel: +47 55 55 21 17  
Fax: +47 55 50 96 50  
nsd@nsd.no  
www.nsd.no  
Orgnr: 90 221 854

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIA SCIENCE DATA SERVICES

Eli Haagen Bunch  
Seksjon for sykepleievitenskap  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1153 Blindern  
0318 OSLO

Vår dato: 14.02.2007

Vår ref: 1578/SM

Deres dato:

Deres ref:

**KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER**

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.01.2007. Meldingen gjelder prosjektet

16078	<i>Risikofaktorer for selvmord i akuttpsykiatri - utfordring av sykepleiers kartlegginger av selvmordssure pasienter</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved instituttansvar overets leder
Daglig ansvarlig	Eli Haagen Bunch
Student	Monica Strand

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

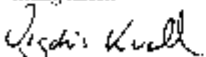
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i medlemsbrev, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-bestemmelstevnen med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

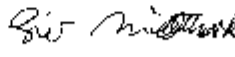
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis en melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/endrings skjema>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal ikke skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/database/>

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.10.2007 sette en henvendelse søgende status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Siv Midtassel

Kontaktperson: Siv Midtassel tlf: 55 58 83 34

Vedlegg: Prosjektvedlegg  
Kopi: Monica Strand, Tannlegegyldene 42, 3011 DRAMMEN

NSD - Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS

NSD, NSD Østregion i Oslo, Postboks 1153 Blindern, 0318 Oslo, tlf: +47 55 55 21 17, faks: +47 55 50 96 50, nsd@nsd.no, www.nsd.no  
NSD Østregion i Trondheim, Postboks 9027 Trondheim, tlf: +47 77 54 48 35, nsd@nsd.no

c/o Eli Haugen Bunch

Seksjon for sykepleievitenskap

Postboks 1153 Blindern

0318 OSLO

12.02.07

Søknad om å benytte sykepleietjenesten ved \_\_\_\_\_, som forskningsfelt for masteroppgave ved Institutt for Sykepleievitenskap, UiO.

Jeg søker med dette å rekruttere sykepleiere fra \_\_\_\_\_, for å gjennomføre kvalitativt intervju som del av min masteroppgave ved Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag. Foreløpig arbeidstittel på oppgaven er ”Selvmordsvurdering i akuttpsykiatri. Fenomener som uttrykk for akutte og dynamiske risikofaktorer hos selvmordsnære pasienter - intervju om sykepleieres observasjoner.”. Flere studier peker på at det er mangelfull kunnskap om akutte og dynamiske risikofaktorer for selvmord blant pasienter innlagt i akuttpsykiatri. Sykepleiere er en yrkesgruppe som observerer og kartlegger symptomer hos pasienter 24 timer i døgnet. Sykepleieres kartlegginger av selvmordsfare er sentrale i sykepleieres kontinuerlige vurderinger og som bakgrunn for sykepleiehandlinger. Sykepleiere gir også viktige bidrag i tverrfaglig selvmordsvurdering.

Jeg er masterstudent ved Seksjon for sykepleievitenskap i Oslo, og er offentlig godkjent sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Jeg arbeider ved \_\_\_\_\_.

Data som fremskaffes skal primært anvendes i masteroppgaven. Videre kan det være aktuelt å presentere funn fra studien for helsepersonell i form av foredrag og / eller i skriftlig form.

Jeg ønsker å intervju en - to grupper à maksimum seks psykiatriske sykepleiere med klinisk erfaring med selvmordsnære pasienter i fokusgruppeintervju. Intervjuet/ne vil ta ca en og halv time, og jeg vil be om mulighet for andregangsintervju ved eventuelt behov for ytterligere utforskning av tema. Jeg håper det er anledning til å gjennomføre intervjuet/ne i sykepleiernes arbeidstid. Inklusjonskriterier for deltagere vil være følgende:

- ✓ Offentlig godkjente sykepleiere
- ✓ Videreutdanning i psykisk helsearbeid
- ✓ Minimum fem års klinisk erfaring med å arbeide med selvmordsnære pasienter i akuttpsykiatri
- ✓ Behersker norsk
- ✓ Villige til å delta

Masteroppgaven følger gjeldende retningslinjer for ivaretagelse av deltageres anonymitet og konfidensialitet (vedlegg: informasjonsbrev og samtykkeerklæring). Dersom tillatelse blir gitt, håper jeg at avdelingssykepleier ved \_\_\_\_\_ være behjelpelig med å distribuere forespørsel til sykepleiere som er aktuelle for utvalget. Jeg vil sørge for at informasjonsbrev og samtykkeerklæring leveres ut og hentes inn igjen. Utover den tid som sykepleiere avser av sin arbeidstid til intervju, og som avdelingssykepleier avser av sin tid til å levere ut og motta informasjonsskriv til/fra aktuelle deltagere, er det ingen kostnader for enhetene knyttet til deltagelse.

Det er meldt fra til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste AS (NSD) om studien. Vurdering fra NSD foreligger tidligst medio februar, og jeg vil gjerne så snart som mulig etter dette gjennomføre intervjuet/ene. Når eventuell tillatelse til tilgang til forskningsfeltet foreligger, vil jeg gjerne kontakte \_\_\_\_\_ 2 skriftlig og muntlig, for å informere og be om deltagelse i studien. Jeg vil sammen med avdelingssykepleierne ved bli enig om tid og sted for intervju.

\_\_\_\_\_ vil motta et eksemplar av den ferdige oppgaven etter sensurering i løpet av høsten 2007. Jeg bidrar gjerne med muntlig fremlegg av funnene dersom dette skulle være av interesse.

Jeg håper denne henvendelsen gir tilstrekkelig informasjon for at den kan vurderes. Ved spørsmål ved studien ring 32 80 42 61 / 93 45 52 01, eller send en e-post til \_\_\_\_\_ . Min veileder professor Eli Haugen Bunch ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag kan også kontaktes på telefon 67 12 21 84 eller e-post [e.h.bunch@medisin.uio.no](mailto:e.h.bunch@medisin.uio.no).

Med håp om et positivt og snarlig svar,

med vennlig hilsen

Monica Strand

Off. godkjent sykepleier/masterstudent i sykepleievitenskap ved UiO.

Vedlegg:

Prosjektsøknad

Informasjonsskriv med samtykkeerklæring

Temaguide

Monica Strand

Tittel: 2007-2007  
Søknadsnummer: 2007-143-7/599  
Dato: 14.12.06  
Vår referanse: 2007-143-7/599  
Dersom du ønsker  
Kontakt/Avdeling

**Søknad om å få benytte sykepleietjenesten ved  
som forskningsfelt for masteroppgave ved Institutt for Sykepleievitenskap, LIO**

Det vises til din søknad i forbindelse med masteroppgave "Selvmordsvurdering i akuttseksjonen".  
Du ønsker om å få rekruttere sykepleiere for  
gjennomføre kvalitative intervjuer. Søknaden er utført av avdelingssjef ved  
avdeling.

Din søknad om tilgang til forskningsfeltet godkjennes. Lykke til med masteroppgaven.

Med vennlig hilsen

*Administrerende direktør*

Monica Strand

Vedlegg 5

Psykiatrisk sykepleier og masterstudent

Tomineborgveien 42

3011 Drammen

26.02.07

Informasjon vedrørende å benytte sykepleietjenesten ved \_\_\_\_\_, som forskningsfelt for masteroppgave ved Institutt for Sykepleievitenskap, UiO.

Avdelingssjef \_\_\_\_\_ har informert om at avdelingssykepleierne ved \_\_\_\_\_ har samtykket i å bistå med informanter til undertegnede masteroppgave. Jeg ønsker med dette å rekruttere sykepleiere fra \_\_\_\_\_, for å gjennomføre kvalitativt intervju som del av min masteroppgave ved Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag. Foreløpig arbeidstittel på oppgaven er "Selvmordsvurdering i akuttpsykiatri. Fenomener som uttrykk for akutte og dynamiske risikofaktorer hos selvmordsnære pasienter - intervju om sykepleieres observasjoner.". Flere studier peker på at det er mangelfull kunnskap om akutte og dynamiske risikofaktorer for selvmord blant pasienter innlagt i akuttpsykiatri. Sykepleiere er en yrkesgruppe som observerer og kartlegger symptomer hos pasienter 24 timer i døgnet. Sykepleieres kartlegginger av selvmordsfare er sentrale i sykepleieres kontinuerlige vurderinger og som bakgrunn for sykepleiehandlinger. Sykepleiere gir også viktige bidrag i tverrfaglig selvmordsvurdering.

Jeg er masterstudent ved Seksjon for sykepleievitenskap i Oslo, og er offentlig godkjent sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Jeg arbeider ved \_\_\_\_\_.

Data som fremskaffes skal primært anvendes i masteroppgaven. Videre kan det være aktuelt å presentere funn fra studien for helsepersonell i form av foredrag og / eller i skriftlig form.

Jeg ønsker å intervju en gruppe à seks psykiatriske sykepleiere med klinisk erfaring med selvmordsnære pasienter i fokusgruppeintervju i to omganger. Det er ønskelig med tre sykepleiere fra hver av \_\_\_\_\_ per intervju. Det vil være passende med ca fire ukers mellom de to intervjuene. Hvert intervju vil ta ca en og halv time. Jeg håper det er anledning til å gjennomføre intervjuet/ene i sykepleiernes arbeidstid. Inklusjonskriterier for deltagere vil være følgende:

- ✓ Offentlig godkjente sykepleiere
- ✓ Videreutdanning i psykisk helsearbeid

- ✓ Minimum fem års klinisk erfaring med å arbeide med selvmordsnære pasienter i akuttpsykiatri
- ✓ Behersker norsk
- ✓ Villige til å delta

Masteroppgaven følger gjeldende retningslinjer for ivaretagelse av deltageres anonymitet og konfidensialitet. Jeg håper at avdelingssykepleier ved \_\_\_\_\_ vil være behjelpelig med å distribuere forespørsel til sykepleiere som er aktuelle for utvalget. Jeg vil sørge for at informasjonsbrev og samtykkeerklæring leveres ut og hentes inn igjen på den enkelte enhet. Utover den tid som sykepleiere avser av sin arbeidstid til intervju, og som avdelingssykepleier avser av sin tid til å levere ut og motta informasjonsskriv til/fra aktuelle deltagere, er det ingen kostnader for enhetene knyttet til deltagelse.

Det er meldt fra til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste AS (NSD) om studien.

\_\_\_\_\_ vil motta et eksemplar av den ferdige oppgaven etter sensurering i løpet av høsten 2007. Jeg bidrar gjerne med muntlig fremlegg av funnene dersom dette skulle være av interesse.

I løpet av uke 10 kommer jeg også bortom for å dele ut informasjonsskriv og samtykkeerklæring, og også for å avtale nærmere om passende tidspunkt for gjennomføring av intervju. Jeg håper at vi sammen kan finne tid i løpet av 28. – 30. mars og 23.-27.april.

Ved spørsmål ved studien ring \_\_\_\_\_, eller send en e-post til \_\_\_\_\_. Min veileder professor Eli Haugen Bunch ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag kan også kontaktes på telefon 67 12 21 84 eller

e-post [e.h.bunch@medisin.uio.no](mailto:e.h.bunch@medisin.uio.no).

Med takk for deltagelse og håp om positivt samarbeid,

med vennlig hilsen

Monica Strand

Off. godkjent sykepleier/masterstudent i sykepleievitenskap ved UiO.

Vedlegg:

Prosjektsøknad

Informasjonsskriv med samtykkeerklæring

Temaguide



## FORESPØRSEL OM DELTAGELSE I FORSKNINGSPROSJEKT

”SELVMORDSVURDERING I AKUTTPSYKIATRI. FENOMENER SOM UTTRYKK FOR AKUTTE OG DYNAMISKE RISIKOFAKTORER HOS SELVMORDSNÆRE PASIENTER – INTERVJU OM SYKEPLEIERES OBSERVASJONER”.

Du blir med dette brevet spurt om å bli intervjuet om din erfaring med selvmordsnære pasienter. Hensikten med prosjektet du blir forespurt om å delta i er å få mer kunnskap om hvilke risikofaktorer sykepleiere i akuttpsykiatri observerer og tolker som uttrykk for selvmordsfare hos selvmordsnære pasienter. Tidligere forskning påpeker at det er manglende kunnskap på dette området, og at økt kunnskap om akutte risikofaktorer kan bidra til å heve kvaliteten på selvmordsvurderinger.

Studien er en oppgave i sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo og gjennomføres av Monica Strand som er offentlig godkjent sykepleier med videreutdanning i psykisk helse og som har fem års klinisk erfaring i akuttpsykiatri.

Om du velger å delta i studien, bes du om å signere og returnere samtykkeerklæringen nedenfor til avdelingssykepleier \_\_\_\_\_ som gir den til meg. Jeg vil komme til ditt arbeidssted i mars og april 2007 for å intervju deg.

Data som fremskaffes gjennom intervjuet skal primært brukes i masteroppgaven. Det kan også være aktuelt å presentere resultatet for helsepersonell i form av foredrag og / eller skriftlig materiale som for eksempel artikkel i et tidsskrift. Videre kan opplysningene også bli brukt som grunnlag for å forbedre rutiner vedrørende kartlegging av selvmordsrisiko hos selvmordsnære.

I studien ønsker jeg å gjøre såkalte fokusgruppeintervju. Gruppeintervju krever at det er seks respondenter. Gruppeintervju krever også at det er en person som samtaler med gruppen, mens en annen er mer i bakgrunnen og noterer underveis. I intervjuet vil også kollega være tilstede, i tillegg til undertegnede og til sammen seks respondenter. De seks respondentene vil bestå av ansatte fra begge \_\_\_\_\_. Det er ønskelig å gjennomføre to intervjuer med de samme respondentene med ca fire ukers mellomrom. Spørsmålene vil

handle om hvilke fenomener sykepleiere observerer hos selvmordsnære pasienter og tolker som uttrykk for akutte og dynamiske risikofaktorer for selvmord. Det andre intervjuet vil hovedsakelig være en fordypning av det vi snakket om første gang. Hvert intervju vil ta omtrent en og en halv time. Sammen med din avdelingssykepleier vil vi finne egnet tid og sted for hvert intervju.

Alle opplysningene vil bli behandlet konfidensielt. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd og oppbevart i låsbart arkivskap. Informasjonene på båndene vil skrives av og vil være tilgjengelig for \_\_\_\_\_, og min veileder Eli Haugen Bunch ved Universitetet i Oslo. I den ferdige oppgaven og eventuelt artikkel vil ingen svar kunne føres tilbake til enkeltpersoner. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen 15. oktober 2007.

Det er ingen risiko forbundet med å delta i intervjuet. Dersom du opplever at det er slitsomt å gjennomføre intervjuet, er det anledning til å ta pauser. Du får ingen direkte nytte av selve intervjuet, men refleksjonene du gjør kan komme fremtidige pasienter til gode.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst før utgangen av juni 2007. Du trenger ikke begrunne dette nærmere og det er bare jeg som vil vite at du eventuelt har trukket deg. Dersom du trekker deg vil alle data om deg bli slettet.

Studien er meldt til personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Om du har spørsmål ring 32 80 42 61 / 93 45 52 01, eller send en e-post til [monica.strand@sb-hf.no](mailto:monica.strand@sb-hf.no). Du kan også kontakte min veileder professor Eli Haugen Bunch ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag på telefon

67 12 21 84 eller e-post [e.h.bunch@medisin.uio.no](mailto:e.h.bunch@medisin.uio.no).

Du kan beholde kopien av dette brevet.

Med vennlig hilsen

Monica Strand

Off. godkjent sykepleier/masterstudent i sykepleievitenskap ved UiO.

### Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt informasjon om studien ”Selvmordsvurdering i akuttpsykiatri. Fenomener som uttrykk for akutte og dynamiske risikofaktorer hos selvmordsnære pasienter – intervju om sykepleieres observasjoner.”, og bekrefter med dette at jeg ønsker å delta i studien.

Dato.....

Underskrift.....

## Intervjuguide I

### Åpningsspørsmål:

Kan du kort presentere utdanning og hvor lenge du har jobbet i akuttpsykiatri? Hvilken erfaring har du med å jobbe med selvmordsnære pasienter?

### Introduksjonsspørsmål:

Om begrepet selvmordsnær og kartlegging av selvmordsfare.

### Nøkkeltema:

For at den enkelte sykepleier fortløpende skal kunne vurdere selvmord ved fotfølging eller hyppig tilsyn, - hvilke risikofaktorer, fenomener, tilstander og lignende er det viktig å kartlegge?

Hvordan kommer risikofaktorer, fenomener, tilstander til uttrykk hos pasienten? Hva observerer og kartlegger sykepleieren?

### Avslutningsspørsmål:

Av alt vi har diskutert, er det mulig å trekke frem noe som viktigere enn annet? Stemmer denne oppsummeringen med hva dere har sagt? Har vi glemt noe, er det noe annet vi burde tatt opp i diskusjonen?

## Temaguide II

### Innledende spørsmål

Har det kommet opp ting som har med tema for intervjuene siden sist, som dere har tenkt på og som dere ønsker å dele i gruppa?

### Spørsmål til dagens fokusgruppe

### Kommunikasjon

- 1) Det ble sagt i forrige intervju at det å kommunisere at jeg går og tar livet mitt, kan være en form for eget språk. Er det mulig å si noe om hva dette språket består av, hvordan det kommer til uttrykk hos pasienten? Er det ett enhetlig språk? Kan dette språket være ulikt hos ulike mennesker med ulike symptomer og lidelser?
- 2) Hva gjør dere når det er vanskelig å vite hva det er dere ser? Hva gjør dere for å få en bekreftelse, avkreftelse eller ytterligere informasjon om et tema hos pasienten?
- 3) Når man arbeider i akuttpsykiatri spør man direkte spørsmål om vanskelig ting. Blant annet spør vi direkte spørsmål om pasientens tanker, planer, metode og eventuelt forberedelse til selvmord. Når stoler dere ikke på pasientene og de svar som blir gitt? Hvordan kommer eventuelt uærlighet eller tilbakeholdelse til uttrykk hos pasienten?
- 4) Kan det være ting som er viktige i forhold til selvmordsrisiko dere ikke tør å spørre pasienten om?

### Endring

- 5) Endring hos pasienten eller i situasjonen var et tema dere var opptatt av forrige gang, som varselssignal for økt selvmordsfare. Ulike former for endring er et allmenngyldig fenomen hos alle mennesker i alle livsfaser og i ulike type situasjoner og settinger. Hvilke(n) endring(er) er karaktersistisk for økt selvmordsfare?

- 6) Hva ved denne / disse endringen(e) er karaktersistisk for økt selvmordsfare?

### Manglende samsvar / helhet

- 7) Forrige gang snakket vi om det søkende blikket. Det ble sagt at dette blikket kan ha flere betydninger. Når vi snakket om andre symptomer ble det også problematisert rundt at vurdering er vanskelig og komplekst. Hvordan vet dere at det dere ser, hører, kjenner representerer en økt selvmordsrisiko og ikke er uttrykk for noe annet?
- 8) Dere var også opptatt av at dere reagerte når det var ulike ting i situasjonen som gjorde at noe ikke stemte for dere; referansesystemet stemte ikke. Kan dette være et uttrykk for andre ting enn økt selvmordsfare? Hva ved manglende samsvar, eller hva slags type manglende samsvar, er karakteristisk for økt selvmordsfare?
- 9) I forrige samtale vekta dere det helhetlige bildet dere har av pasienten og hennes situasjon i kartlegging av selvmordsrisiko. Hva er det som hører med i dette hele bildet?

### Følelser

- 10) I forrige intervjuet ble både pasientens og hjelperens følelser ansett for å være viktige i møte med selvmordstruede mennesker. Kan det være i spesielle sammenhenger at ulike typer følelser hos pasienten blir ekstra viktig? Hvordan uttrykker disse seg?
- 11) Hvordan kommer håpløshet til uttrykk hos pasienten?
- 12) Forestill dere at dere lurer på om det er på tide å stramme inn tiltak eller ikke. Dere er usikre på om iverksatte tiltak er de riktige akkurat nå. Hvilke følelser skaper det i dere? Hva kjenner dere da?
- 13) Ulike følelser hos hjelperen ble nevnt forrige gang vi møttes; uro, avsky, en vag følelse... Hva er det som gjør at dere kobler disse følelsene til økt selvmordsfare? Er de kvalitativ forskjellige fra følelse av uro ved for eksempel utagering?
- 14) Er det andre følelser som er spesielt viktige å være oppmerksomme på hos hjelperen? Hvordan uttrykker disse seg?

## Ulike psykiske lidelser

- 15) Sist vi snakket sammen brakte dere på bane både depresjon og personlighetsforstyrrelse, og hvordan ulike fenomener innefor disse lidelsene kan ha betydning for selvmordsrisiko. Er det andre type lidelser dere er oppmerksomme på? Hvilke risikofaktorer eller fenomener ved disse lidelsene er dere spesielt oppmerksomme på?
- 16) Ulike psykotiske symptomer er forbundet med økt selvmordsfare. Hvordan kan disse ulike symptomene komme til uttrykk hos pasienten
- skremmende psykotiske symptomer, tankeforstyrrelser, indre befalinger, katastrofefølelse, frykt for mental oppløsning
- 17) Det kan være av betydning å vite om en pasient har sviktende impuls- og/eller aggresjonskontroll. Hvordan ser dere om en pasient har sviktende impuls- eller aggresjonskontroll?

## Reservespørsmål

- 18) Små hendelser kan føre til at pasienten blir ytterligere selvmordstruet. For eksempel en telefonsamtale, kontakt med pårørende, hendelser som skjer utenfor enheten. Slike hendelser skjer jo med pasientene hele tiden. Hva er det i situasjonen som gjør at akkurat nå vurderer dere at selvmordsfaren har økt? Hvordan fanger dere opp dette?
- 19) Hvordan kan man skille mellom reel trussel om selvmord og hva som ikke er det?

## Oppsummering med eventuell tilbakemelding

## Refleksjon rund dagens tema / fokusgruppe

Løst og ledig om hvordan informantene synes det gikk, har de fått sagt det de ønsker, var det ok spørsmål, er det noe som mangler, er det noe vi ikke har berørt, som er vanskelig å snakke om