

# Bachelorgradsoppgave

**Påvirkninger av sykepleieres evne til  
å foreta selvmordsrisiko vurdering**

**Influences of nurses' ability to  
conduct suicide risk assessment**



Camilla Ingebrigtsen Gangstad og Janne Kristine Jenssen

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i  
Sykepleieutdanningen

2013



**Avdeling for  
helsefag, Namsos**

## **Innhold**

<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1. Hensikt.....	3
<b>2. METODE .....</b>	<b>4</b>
2.1. Inklusjon og eksklusjonskriterier .....	4
2.2. Datainnsamling og søkestrategier.....	5
2.3. Analyse .....	10
2.1. Ethiske overveielser.....	17
<b>3. RESULTAT .....</b>	<b>18</b>
<b>3.1. Mulige faktorer som kan forhindre at sykepleiere foretar en vurdering av selvmordsrisiko .....</b>	<b>18</b>
<b>3.1.1. Sykepleiernes fagkunnskaper .....</b>	<b>18</b>
• Selvtillit, komfort og kompetanse.	
• Manglende evne til å gjenkjenne risikofaktorer.	
• Kunnskap og ferdigheter.	
<b>3.1.2. Sykepleiernes manglende fokusering på selvmordsproblematikk .....</b>	<b>20</b>
• Bevissthet til selvmord.	
• Holdninger relatert til religion og kultur.	
• Sykepleiernes følelse av ubehag.	
• Sykepleiernes engstelse og bekymring relatert til kommunikasjon.	
• Manglende rutiner i virksomheten.	

### **3.2. Hvordan sykepleiere kan bli bedre i stand til å foreta en risikovurdering av selvmord. .... 22**

#### **3.2.1. Sykepleiernes økte kunnskap etter en intervensjon. .... 22**

- Selvtillit, komfort, kompetanse.
- Evne til å gjenkjenne risikofaktorer.
- Kunnskap og ferdigheter.

#### **3.2.2. Sykepleiernes økte evne til å fokusere på selvmordsproblematikk ..... 24**

- Følelser relatert til suicidale pasienter.
- Bevisstheten rundt selvmord.
- Holdning relatert til religion og kultur.
- Evne/ferdighet relatert til kommunikasjon.
- Bedrede rutiner i virksomheten.

## **4. DISKUSJON ..... 26**

- Bevisstheten rundt selvmord og selvtillit, komfort og kompetanse før opplæring.
- Selvtillit, komfort og kompetanse etter opplæring.
- Ferdighet og kunnskap før opplæring.
- Sykepleiernes evne til å gjenkjenne risikofaktorer før opplæring.
- Ferdighet og kunnskap og Sykepleiernes evne til å gjenkjenne risikofaktorer etter opplæring.
- Sykepleiernes holdning relatert til religion og kultur før opplæring.
- Bevisstheten rundt selvmord og Sykepleiernes holdning relatert til religion og kultur etter opplæring.
- Bekymring og engstelse relatert til kommunikasjon før opplæring.
- Evne/ferdigheter relatert til kommunikasjon og følelser relatert til suicidale pasienter etter opplæring.
- Manglene rutiner i virksomheten før opplæring.
- Bedrede rutiner i virksomheten etter opplæring.

<b>4.1. Resultatdiskusjon .....</b>	<b>26</b>
<b>4.2. Metodediskusjon.....</b>	<b>32</b>
<b>5. KONKLUSJON .....</b>	<b>34</b>
<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>36</b>

**ANTALL ORD:9686**

## **Abstrakt.**

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å belyse sykepleiernes evne til å foreta en vurdering av selvmordsrisiko.

**Innledning:** I gjennomsnitt registreres det 530 selvmord i Norge hvert år. For å iverksette forebyggende tiltak, er tidlig oppdagelse av selvmordstanker og eventuelle selvmords planer viktig. Et vesentlig element her å sette helsepersonell i stand til å oppdage selvmordsrisiko. Dette innebærer at helsepersonell må ha tilstrekkelig kompetanse for å kunne vurdere selvmordsrisiko, her vil det være et vesentlig moment å nå primærhelsetjenesten for å få implementert redskaper og kunnskaper til å identifisere, bedømme og behandle en suicidal person på en bra måte.

**Metode:** Chinal og Medline ble benyttet for å gjennomføre et litteratursøk til oppgave. Etter dette søket ble 13 artikler funnet relevante. videre ble det gjennomført en manifest tekstanalyse, som er inspirert av en innholdsanalyse.

**Resultat:** manglende selvtillit, komfort, kompetanse, kunnskap, bevissthet, ferdigheter, evne til å gjenkjenne risikofaktorer og manglende rutiner i virksomheten, ser ut til å påvirke sykepleiernes evne til å foreta selvmordsrisikovurdering. samtidig påvirkes sykepleierne av følelsesmessige faktorer som holdninger, bekymring og redsel relatert til kommunikasjon og personlige følelser. Opplæring ser ut til å bidra til en forbedring av disse faktorene.

**Diskusjon:** Resultatet ble diskutert opp mot ulik litteratur, lovverk og retningslinjer. Dette ble gjort for å diskutere resultatets likheter og ulikheter opp mot andre kilder.

**Konklusjon:** Sykepleierne påvirkes uheldig av ulike faktorer. Opplæring ser ut til å ha en heldig effekt i den forbindelse. Videre ville det vært av stor interesse og sett nærmere på hvilke type opplæring som har den beste effekten.

**Nøkkelord:** Selvmord, sykepleie, sykepleiere, utdanning og risiko.

## **Abstract.**

**Aim:** The aim of the study were to shed light on nurses' ability to assess suicide risk.

**Introduction:** On average it is recorded 530 suicides in Norway every year.

In the implementation of preventive measures, it is important with early detection of suicidal ideation and/or suicidal plans.

An essential element is to educate healthcare professionals to be able to detect suicide risk.

This means that healthcare providers must have sufficient expertise to assess suicide risk, it will be important to reach the primary care to implement the tools and knowledge, and to identify, assess and treat a suicidal person in a good way.

**Method:** Chinal and Medline were used to conduct a literature search. 13 articles were found relevant. A manifest text analysis, inspired by content analysis, were conducted.

Result: lack of confidence, comfort, competence, knowledge, awareness, skills, ability to recognize risk factors and lack of routines in practice, seems to affect nurses' ability to conduct suicide risk assessment. Simultaneously nurses were affected by emotional factors such as attitudes, concerns and fears related to communication and personal feelings. Training appears to contribute to the improvement of these factors.

**Discussion:** The results were discussed in comparison to various literature, legislation and guidelines. This was done to discuss the results similarities and differences.

**Conclusion:** Nurses are adversely affected by various factors. Training appears to have a beneficial effect in this regard. Furthermore, it would be of great interest to examine which type of training that has the best effect.

**Keywords:** Suicide, nursing, nurses, education and risk.

# 1. INNLEDNING

I verden beregnes det at en million mennesker tar sitt eget liv i løpet av ett år. En plass i verden tar en person sitt eget liv hvert 40 ende sekund, og hvert tredje sekund forsøker en person og ta sitt eget liv med den hensikt og dø (World Health Organisation [WHO], 2000). Selvmord er en handling som er utført og planlagt på en sånn måte at man er sikker på at man kommer til å dø av det. Selvmordsforsøk er en handling uten dødelig utgang, der en med vilje gjør noe som er dødelig hvis andre ikke griper inn (Norsk Helse Informasjon [NHI], 2010).

Blant ungdommer i alderen 15- 35 år, er selvmord blant de tre fremste dødsårsakene. Hvert selvmord vil ha en alvorlig innvirkning på minst 6 andre personer. De sosiale, psykiske og økonomiske konsekvensene av selvmord, er for samfunnet og familien grenseløse (WHO, 2000).

WHO estimerer at selvmord vil bidra til mer enn 2% av den globale sykdomsbyrden innen 2020 (WHO, 2012).

I gjennomsnitt registreres det 530 selvmord i Norge hvert år og beregninger viser at helsetjenesten behandler mellom 4000 og 6000 selvmordsforsøk årlig (*Nasjonalt folkehelseinstitutt*, 2012).

I følge Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern er selvmord og selvmordsforsøk er en stor påkjenning for etterlatte og pårørende, men også for helsepersonell som opplever dette. For å iverksette forebyggende tiltak, er tidlig oppdagelse av selvmordstanker og eventuelle selvmordsplaner viktig. For at man skal kunne forebygge selvmord og selvmordsforsøk er et vesentlig element å sette helsepersonell i stand til å oppdage selvmordsrisiko. Selvmordsrisiko er en risiko for at et menneske ønsker å ta sitt eget liv i en gitt tidsperiode i en gitt situasjon (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Som helsepersonell er vurdering av selvmordsrisiko en av de vanskeligste oppgavene man møter. Det er ikke mulig å forbygge alle selvmordsforsøk og selvmord, men målet må være å sikre forsvarlig helsehjelp slik at omfanget blir redusert i størst mulig grad (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Helsepersonelloven §4 sier helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med omsorgsfull hjelp og de krav til faglig forsvarlighet som kan forventes ut fra helsepersonellens arbeidets karakter, kvalifikasjoner, og situasjonen for øvrig (Lovdata, 2012 a). Dette innebærer at helsepersonell må ha tilstrekkelig kompetanse for å kunne vurdere selvmordsrisiko og eventuelt iverksette tiltak i forbindelse med selvmordsrisiko (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

I følge WHO har de fleste av de som tar sitt eget liv, en psykisk lidelse. Til tross for dette tar ikke en majoritet av dem kontakt med helsetjenesten. Dette gjelder også land med en velutviklet psykiatrisk tjeneste. På bakgrunn av dette får primærhelsetjenestens personell en betydelig rolle med å hjelpe og oppdage personer som sliter. Primærhelsetjenesten er vel akseptert i lokalbefolkningen, og har en innarbeidet og nær funksjon i samfunnet. De utgjør den viktigste linken mellom sykehuset og samfunnet. Deres kunnskap om nærmiljøet gjør det mulig for dem å ha ett overblikk over støtte fra venner, familie og organisasjoner. De har muligheten til å tilby trygghet i pleien gjennom kontinuitet. For den som føler seg psykisk dårlig bør primærhelsetjenesten være første alternativ (WHO, 2012).

Stortingsmelding 2006 slår fast at manglende rutiner er en utfordring i forhold til opplæring av selvmordsforebyggende tiltak og selvmordsrisikovurdering i virksomhetene. Det viser seg at det er en for dårlig kompetanse blant helsepersonell til å utføre korrekt selvmordsrisikovurdering (Helsetilsynet, 2007).

Det er vanskelig og forklare hvorfor enkelte mennesker velger å ta sitt eget liv, men man kan forebygge de fleste selvmord. Et viktig steg i selvmordsforebygging er å nå helsepersonell og primærhelsetjenesten for å implementere redskaper og kunnskaper til å identifisere, bedømme og behandle en suicidal person på en bra måte (WHO, 2000).

Gode intervensjoner og vennlighet er viktige i sykepleieomsorgen, men ingen av delene kan veie opp for manglende kjennskap til vitenskapelige prinsipper, begreper og manglende evne til å ta dem i bruk (Travelbee, 1999)

Det er estimert at forekomsten av selvmord kommer til å øke framover. På tross av dette ser man at kompetansen til å utføre en korrekt selvmordsrisikovurdering er for dårlig blant helsepersonell.

Denne oppgaven vil derfor belyse hvilke faktorer som kan påvirke sykepleiernes evne til og foreta en selvmordsrisikovurdering, og hva som skal til for at sykepleierne kan bli bedre i stand til å foreta en slik vurdering ved hjelp av opplæring.

### **1.1.Hensikt**

**Hensikten med oppgaven er å belyse sykepleiernes evne til å foreta en vurdering av selvmordsrisiko.**

- **Hvilke faktorer kan forhindre at sykepleiere foretar en vurdering av selvmordsrisiko?**
- **Hva skal til for at sykepleiere kan bli bedre i stand til og foreta en risikovurdering av selvmord?**



## **2. METODE**

Jamfør punkt 1.1 ble det formulert en hensikt ut fra ett identifisert problemområdet.

Videre ble det gjennomført en allmenn litteraturstudie, det innebærer at valgte artikler er analysert og beskrevet for best mulig å svare på oppgavens hensikt (Forsberg & Wengstöm, 2008).

Det har i denne oppgaven blitt brukt 13 artikler som sier noe om hvilke faktorer som påvirker sykepleiernes evne til å foreta en selvmordsrisikovurdering, samt artikler som viser effekten av intervensjoner rettet mot tidligere nevnte områder.

Underveis i arbeidet med litteraturstudien ble hensikten omformulert da den kunne virke noe uklår, hensikten ble videre delt inn i to problemstillinger for presisering.

### **2.1. Inklusjon og eksklusjonskriterier**

Enkelte av søkene ble begrenset for å redusere antall treff (tabell 1):

Language; Norsk, engelsk, dansk og svensk.

Age groups; 19-64 år.

Artiklene ble sortert ved å lese overskriftene og abstraktene. Artikler som inneholdte abstrakter som virket relevante for temaet ble skimlet i sin helhet, for å vurdere relevansen relatert til litteraturstudien. Alle forskningsartiklene ble kvalitetsdømt hver for seg ut fra at de var originale forskningsartikler, relevante opp mot hensikten, antall forsøkspersoner og hvor vidt studiene virker troverdige.

Artiklene som var relevante for hensikten ble benyttet i oppgaven, uavhengig av utgivelses år og hvilke land forskningen er gjort.

Artiklene som retter hovedfokuset på psykiatriske sykepleiere (sykepleiere med videreutdanning) er ekskludert, da det er ønskelig og rette oppgaven mot et mer grunnleggende nivå.

## 2.2. Datainnsamling og søkestrategier.

I litteratursøkningen ble skolens databaser benyttet. Følgende databaser ble besluttet å bruke: Cinal og Medline.

Cinal er en database med referanser til ca 2500 tidsskrifter innen sykepleie og beslektede emner. Den oppdateres ukentlig og dekker informasjon tilbake til 1982 (Kilvik & Lamøy, 2007).

Medline er en database som regnes som en av de fremste referansedatabasene innen det medisinske området. Databasen dekker emner som sykepleie, medisin, biomedisin, helsestell og tannlege – og veterinærmedisin, med referanser fra ca 5000 tidsskrifter. Databasen dekker artikler fra 1950 til i dag (Kilvik & Lamøy, 2007).

Søkeord som er blitt benyttet er:

Suicide, nursing, nurses, nurse, practical nurses, diploma programmers, attitude, suicide assisted, suicide prevention, suicide attempted, suicide risk, education, risk, work experience, job experience, experience, life experience, nursing associate, outcomes of education, risk assessment (se tabell 1, søkestrategier. Side 6).

Av søkene i databasen ble 9 artikler funnet og inkludert. Videre ble 4 artikler funnet ved manuelt søk.

Manuell søkning:

1. The effect of the gatekeeper – fulltekst- find similar – nr 19: Effects of a Late-Life Suicide Risk-Assessment Training on Multidisciplinary Healthcare Providers (Huh et al., 2012). Nivå- 2 på DBH
2. Improving suicide risk assessment in the emergency department. - find similar – nr 5: An educational intervention for front-line health professionals in the assessment and management of suicidal patients (The STORM Project) (Appleby et al., 2000). Nivå- 2 på DBH
3. Evaluating STORM skills training for managing people at risk of suicide – find similar- treff nr.41 - Suicide prevention training after traumatic brain injury: evaluation of a staff training workshop (Simpson, Winstanley & Bertappelle, 2003). Nivå- 1 på DBH
4. Evaluating nurses' knowledge, attitude and competency after an education programme on suicide prevention – find similar- treff nr.15 - The Esperance primary prevention of suicide (Slaven & Kisely, 2002). Nivå- 1 på DBH

Det er blitt brukt DBH's publikasjonskalender for og finne ut hvilket nivå tidsskriftene artiklene er publisert i ligger på, dette for å se hvor høyt anerkjent disse er.

I forbindelse med kvalitetsreformen i universitet- og høyskolesektoren i 2003 ble det innført et tellekantsystem. Målsetningen med dette var for å stimulere til økt kvalitet på det som publiseres. Indikatoren har to nivå, høyt anerkjente publikasjonskanaler (nivå 2) gir høyere uttelling enn annen publisering (Nivå 1) (Løseth, & Jevnaker 2012).

Det er i denne oppgaven brukt 6 som har nivå 2, og 7 som har nivå 1.

De artiklene som ikke var tilgjengelig i full tekst via databasene ble forsøkt bestilt fra biblioteket ved HiNT (Høgskolen i Nord Trøndelag). Artikkelen *Effektiveness of an informational booklet on care of attempted suicide patients*, var ikke mulig og oppdrive via databaser eller HiNT's bibliotek. Da abstraktet til denne artikkelen virket meget relevant for hensikten, ble det sendt en forespørsel via e-post til forlagets redaktør om det var mulig å få tilsendt denne artikkelen, noe som lot seg gjøre.

Tabell 1

Dato/database	Søkeord	Limits	Treff	Leste Overskrifter	Leste Abstrakter	Leste Artikler	Inkluderte	Nivå i DBH
Cinal 15/10/12	Suicide (explode) AND nurses (as Keyword ) AND Education (as Keyword )	Language: Danish, English, Norwegian, Swedish; Age Groups: Adult: 19- 44 years	40	40	20	5	2: - Chan, S W-C., W-T. Chien & S. Tso (2009)	1
							- Valente, S., & Saunders, J. M. (2004).	1
Cinal 15/10/12	Suicide (explode) OR Suicide, Attempted AND Nursing (as Keyword )	Published Date from: 20070101- 20121231; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish; Age Groups: Adult: 19- 44 years	66	66	20	3	2: - Tsai, W-P., Lin, L-Y., Chang, H-C., Yu, L-S., & Chou, M-C. (2011).	1
							- Chan, S W-C., W-T. Chien & S. Tso (2008)	2
Medline 15/10/12	1.Nursing Education Research OR Nursing Care OR Nursing Diagnosis OR Nursing Informatics OR Nursing, Team OR Nursing OR Nursing Staff AND Suicide OR Suicide, Attempted	All adult (19 plus years and Danish or English or Norwegian or Swedish	39	39	15	2	1: - Valente, S. M. (2010).	2

Cinal 26/02/13	nursing (as Keyword ) OR Practical Nurses AND Suicide (explode) OR suicide OR Suicide Risk (Saba CCC) AND experience (as Keyword ) OR Work Experience OR Job Experience AND Education (eplode) OR education (as Keyword ) OR Outcomes of Education	Language: Danish, English, Norwegian, Swedish; Age Groups: Adult: 19- 44 years, Middle Aged: 45-64 years	14	14	5	1	1: Holdsworth, N., Belshaw, D., & Murry, S. (2001).	1
Cinal 26/02/13	Suicide (explode) OR Suicide, Attempted OR Suicide Risk (Saba CCC) AND Education (explode) AND Nurses (explode)	Language: Danish, English, Norwegian, Swedish; Age Groups: Adult: 19- 44 years, Middle Aged: 45-64 years	19	19	8	4	1: Jincy, J., Linu, S. G., & Binil, V. (2011)	1
Cinal 27/02/13	Risk Assessment AND Suicide, Attempted OR Suicide Risk (Saba CCC) OR Suicide (explode) AND Practical Nurses OR nurse	Language: Danish, English, Norwegian, Swedish; Age Groups: Adult: 19- 44 years, Middle Aged: 45-64 years	12	12	7	1	1: -Gask, L., C. Dixon, R. Morriss, L. Appleby & G. Green (2006).	2

Cinal 27/02/13	Nurse AND Suicide (subhaddings: Education, Evaluation, Nursing, Physiopathology, Psychosocial Factors, Risk Factors, Symptoms, Trends OR Suicide, attempted (subhaddings: Education, Evaluation, Nursing, Physiopathology, Prevention And Control, Psychosocial Factors, Symptoms, Trends)	Language: Danish, English, Norwegian, Swedish; Age Groups: Adult: 19- 44 years, Middle Aged: 45-64 years	54	54	28	1	1: - Samuelsson, M., & Åsberg, M. (2002).	2
-------------------	--	--	----	----	----	---	---	---

Tabell 1: søkestrategier

### 2.3. Analyse

Det ble gjennomført en manifest tekstanalyse, som er inspirert av en innholdsanalyse.

Man organiserer og integrerer materialet fra forskjellige dokumenter inn i sentrale konsepter og temaer i en innholdsanalyse (Polit & Beck, 2012).

Hovedfunnene av hver artikkel ble satt inn i en tabell (tabell 3, hovedfunn i artiklene side 12) for å danne en bedre oversikt over hvilke funn de ulike artiklene hadde. Det ble også sett på likheter og ulikheter i de forskjellige forskningsartiklene, dette førte til ulike subkategorier som igjen førte til kategorier (tabell 2, eksempel på tekstanalyse som finnes på neste side). I likhet med studiens hensikt er resultatet delt i to. Den første delen belyser mulige faktorer som kan forhindre at sykepleiere foretar en vurdering av selvmordsrisiko. Denne delen er igjen delt i to og består av:

- \* Sykepleiernes fagkunnskaper

- \* Sykepleiernes manglende fokusering på selvmordsproblematikk

Den andre delen belyser hva som skal til for at sykepleierne bli bedre i stand til og foreta en risikovurdering av selvmord. Denne delen er igjen delt inn i 2 og består av:

- \* Sykepleiernes økte kunnskap etter en intervensjon

- \* Sykepleiernes økte evne til å fokusere på selvmordsproblematikk.

På de neste seks sidene kommer to tabeller (tabell, 2 og 3) forfatterne selv har laget, som er valgt å inkludere i oppgaven da de gir en god oversikt over analysen som er foretatt (tabell, 2) og hvilke hovedfunn (tabell, 3) de ulike artiklene har, noe som bidrar til en innføring i resultatet som kommer videre.

Tabell 2:

<b>Meningsbærende enhet. (de delene av artiklene som er vesentlige for oppgaven).</b>	<b>Subkategorier</b>	<b>Kategorier</b>
<p>Over 70% av sykepleiere vurderte seg selv til å ha noe eller liten ferdighet og kunnskap rundt selvmord og kun 14.6% vurderte sine selvmordsrisikovurderingsferdigheter til god eller veldig god (Valente &amp; Saunders, 2004). de som arbeider innenfor psykiatrien (psykiatrisk helsepersonell) har signifikant høyere selvtillit, komfort og kompetanse med å bistå en suicidal person enn sykepleiere på somatiske avdelinger i sykehus (sykehus personell) og sykepleiere som arbeidet i hjemmesykepleien, sykehjem og andre kommunale instanser (kommunehelsetjenestens personell) (Slaven &amp; Kisely, 2002).</p>	<p>Selvtillit, komfort og kompetanse</p> <p>Ferdighet og kunnskap</p> <p>Sykepleiernes evne til å gjenkjenne risikofaktorer</p>	<p>Sykepleiernes fagkunnskap</p>
<p>Man kan også se at holdningene og verdiene påvirket sykepleiernes evne til å vise omsorg og kommunisere om selvmord, samt at de innehar en frykt for å dømme pasienter eller si noe galt (Valente &amp; Saunders, 2004). En av de barrierene for selvmordsforebyggende tiltak i institusjonen (forebygging) som ble nevnt oftest av sykepleierne selv, var manglende resurser relatert til bemanning og tid (Chan, Chien &amp; Tso, 2008).</p>	<p>Sykepleiernes holdninger relatert til religion og kultur</p> <p>Bevistheten rundt selvmord</p> <p>Sykepleiernes følelse av ubehag</p> <p>Sykepleiernes redsel og bekymring relatert til kommunikasjon</p>	<p>Sykepleiernes manglende fokusering på selvmordsproblematikk</p>

Tabell 2: eksempel på tekstanalyse.



Tabell 3 er hovedfunn i artikkelen.

Forfattere	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument	Deltakere/bortfall	Hovedresultat
Appleby et al., (2000).  England	Hensikten med studien var og 1. Vurdere muligheten for bred opplæring av helsedistriktet, i opplæring av vurdering og styring av suicidale pasienter, målgruppen var ansatte i tre etater: primærhelsetjenesten, akuttmottaket og psykisk helsetjenester. 2. Å vurdere effekten av trening på relevante kliniske funn	Kvantitativ studie  Spørreskjema	167 helsepersonell deltok i den innledende treningsøkten, 103 deltok på alle.	Helsepersonell som ikke var psykisk helse profesjonelle, hadde en jamt over signifikant bedring på vurdering av selvmordsrisiko. Etter treningen kom disse opp på nivået som psykisk helse personell hadde før trening. Blant alle som deltok var det en bedring i selv tillit og holdninger. (6 timer opplæring)
Chan, S. W-C., Chien, W-T., & Tso, S. (2008).  Kina.	Hensikten med studien var å evaluere effekten av et utdanningsprogram om sykepleieres kunnskap, holdning og kompetanse på suicide forebygging og ledelse for pasienter med selvmordstanker, forsøk, og deres familiemedlemmer; og å undersøke styrker og svakheter på opplæringsprogrammet fra sykepleiernes perspektiv.	Kvalitativ studie.  Fokus gruppe.	220 deltagerne fikk tilbud om å delta, 54 deltok.	Deltagerne var enige om at programmet møtte deres forventninger. De mente at det var viktig at generelle sykepleiere lærte noe om temaet, da det er for lite i det i generell sykepleieutdanning. De ble tryggere på seg selv i samtale med suicidale pasienter, og de ble tryggere på seg selv i forhold til vurdering av selvmordsrisiko. (18 timers opplæring)

Chan, S. W-C., Chien, W-T., & Tso, S. (2009).  Kina	Hensikten med studien var å evaluere et utdanningsprogram om suicidal forebygging til sykepleiere i generelle sykehus	Kvalitativ og kvantitativ studie  Fokusgruppe intervju og singelgruppe pre-test/ post- test utforming. (Spørreskjema)	Intervju: 18 sykepleiere  Spørreskjema: 54 sykepleiere	Programmet hjalp sykepleiere til og bli tryggere på seg selv i forhold til og snakke med suicidale pasienter. De fikk ett bedre bilde over hva som mentes med helhetlig sykepleie, at det ikke bare var det somatiske som måtte behandles, men også psyken. Etter programmet anså sykepleierne seg som mer kompetente til å vurdere pasienter i forhold til risiko for suicidalitet. (18 timers opplæring)
Gask, L., Dixon, C., Morriss, R., Appleby, L., & Green, G. (2006).  England	Hensikten med studien er å evaluere STORM trening initiativ i tre psykisk helseforetak nordvest i England.	Kvantitativ og kvalitativ studie  Spørreskjema og intervju  Pre-test / post-test	458 psykisk helse medarbeidere  (334 av 458 deltagere var pleiepersonal. Av disse var 218 kvalifiserte sykepleiere)	Studien viser positive endringer i selvtillit og holdninger om selvmordsvurdering. ( 4 moduller gjennomført på 1-2 dager, 7,5-15 timer, opplæring)

Haldsworth, N., Belshaw, D., & Murry, S. (2001).  England	Målet med studien var og forbedre vurdering av risiko for selvmord eller selvskading. Den andre hensikten var å forbedre deltaker evne til å gi effektiv, men svært kortsiktig håndtering av disse risikoene og eventuelle underliggende eller tilknyttede plager følt av tjenestebruker.	Kvantitativ  Spørreskjema	13 sykepleiere	Studien viste en nedgang i sykepleiernes arbeidsrelaterte stress etter en opplæring på 18,5 time, noe som trolig kommer av en bedre faglig mestring.  (2,5 dager, 18,5 timer opplæring)
Huh et al., (2012).  USA	Hensikten med studien var å forbedre kunnskap og ferdigheter for å vurdere og konseptualisere generell suicidal risiko og forbedre kunnskap og ferdigheter i og anvende disse metodene som kan benyttes til eldre.	Kvantitativ/kvalitativ studie  Online registrering/ Spørreskjema	132 deltagere	Selvilliten og kunnskapen til deltagerne økte under treningen. Deltagerne var enige om at workshopen hjalp dem i deres arbeid i å vurdere risikofaktorer.  (6,5 timer opplæring)
Jincy, J., Linu, S. G., & Binil, V. (2011)  India	Hensikten med studien var å fastslå effektiviteten av informativ booklet i å forbedre kunnskapen og holdningen sykepleierne hadde mot suicidale pasienter	Kvantitativ  Spørreskjema	35 sykepleiere deltok.	På post-test var det en signifikant økning på kunnskap og holdninger blant sykepleierne.  (utdeling av infohefte)
Samuelsson, M., & Åsberg, M. (2002).  Sverige	Hensikten med studien var å evaluere kort tids effekt av ett treningsprogram i psykiatrisk suicide forebygging for sykepleie personell i psykiatrien	Kvantitativ studie.  Spørreskjema.	47 sykepleiere deltok, 44 sykepleiere gjennomførte	Programmet bidro til at sykepleierne fikk mer forståelse av og vilje til og ta seg av suicidale pasienter. Sykepleierne ble også flinkere til og se risikofaktorer.  (36 timers opplæring)

Simpson, G., Winstanley, J., & Bertappelle, T. (2003).  Australia	Den tosidige hensikten med denne artikkelen er å rapportere evalueringresultatene av workshopen og utforske utvikling av nye tiltak for å evaluere tilsvarende opplæring	Kvantitativ studie  Spørreskjema	48 deltok på workshopen, mens 28 deltok på kontroll gruppe.	Studien viser at det er en signifikant bedring på pre og post workshop evaluering. Mange av disse bedringene viste seg og være tilstede ved 6 måneders oppfølgingsevaluering. (5,25 timer)
Slaven, J., & Kisely, S. (2002).  Australia	Hensikten med studien er å evaluere effekten av tre vitenskapelig baserte initiativ for primærforebygging av selvmord	Kvalitativ og kvantitativ studie.  Spørreskjema	Det ble sendt ut 200 spørreskjema, av disse deltok 149.	Resultatet viser en signifikant økning i deltageres kunnskap om suicidal relaterte problemer og risikofaktorer for selvmord. Deltagerne rapporterte at nivået av kunnskap om faglige og etiske tiltak i forhold til selvmordsforebygging økte signifikant. Nivået av komfort, kompetanse og selvtilitt i forhold til vurdering av personer med selvmordsrisiko adferd økte signifikant. (7,5 timers opplæring)
Tsai, W-P., Lin, L-Y., Chang, H-C., Yu, L-S., & Chou, M-C. (2011).  Kina	Denne studien vurderer hvorvidt et kort treningsprogram kan forbedre sykepleieres evne til å gjenkjenne og effektivt svare på pasienter som viser selvmordsatferd.	Kvantitativ studie  Spørreskjema	277 sykepleiere fikk spørsmål om å være med. 195 deltok.	Sykepleierne ble mer bevisst på risikofaktorer, og etter programmet var flere sykepleiere villig til å henvise pasienter videre til profesjonell hjelp. (1,5 times opplæring)

Valente, S., & Saunders, J. M. (2004).  USA	Hensikten med denne studien var å identifisere kreftsykepleieres kunnskaper, ferdigheter og intervensjoner til suicidale pasienter. Samt å identifisere barrierer knyttet til håndtering av pasienter med risiko for selvmord. Sykepleierne ble også bedt om å beskrive sine vanskeligheter og konflikter med å pleie disse pasientene.	Kvantitativ / kvalitativ studie  Spørreskjema	1200 sykepleiere fikk spørsmål om å være med, 454 deltok.	Sykepleierne synes noen risikofaktorer er vanskeligere og se enn andre, og de synes det er vanskelig og snakke med suicidale pasienter da de er redde for at de skal si noe feil, samt at de er redde for at de ikke klarer og hjelpe dem gjennom dette. Se fleste sykepleierne rapporterte at de hadde noe kunnskap om dette temaet. Det viser seg at det kan være vanskelig for sykepleierne og respondere på suicidale pasienter på grunn av sykepleiernes verdier og ukomfortable følelser.
Valente, S. M. (2010).  USA	Hensikten med studien var å beskrive kreft sykepleieres identifikasjon av risikofaktorer, kunnskap og ferdigheter til suicidal evaluering og forebygging basert på en vignette, og beskrive sykepleieres vurdering av og tiltak for suicidale pasienter	Kvalitativ og kvantitativ studie.  Spørreundersøkelse med 7 åpne spørsmål på slutten	1200 sykepleiere fikk spørsmål om å være med, 454 deltok.	Sykepleierne synes noen risikofaktorer er vanskeligere og se enn andre. Se fleste sykepleierne rapporterte at de hadde noe kunnskap om dette temaet.

Tabell 2

## 2.1. Etiske overveielser

Forskningsartiklene som er benyttet i denne oppgaven er funnet etisk forsvarlig, da de er sjekket opp mot forskningsetisk sjekklister (2013).

Forskningsetisk sjekklister oppsummerer det Den nasjonale forskningsetiske komité for naturvitenskap og teknologi (NENT) anser som de viktigste momentene å avklare i forbindelse med forskningsprosjekter. Denne listen er uavhengig av fagområdet.

Dette innebærer blant annet at deltagerne i artiklene som er benyttet er anonymisert, de hadde fått informasjon om studien, de deltok frivillig og hadde mulighet til å trekke seg underveis (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2013).

Artiklene og den litteraturen som er benyttet i oppgaven er forsøkt oversatt på en mest mulig korrekt måte, slik at innholdet ikke blir forandret på noe vis.

### **3. RESULTAT**

Resultatet er delt opp i to deler. I den første delen av resultatet sees det på mulige faktorer som kan forhindre at sykepleiere foretar en vurdering av selvmordsrisiko. Denne delen består av:

\*Sykepleiernes fagkunnskap. Som omhandler: Selvtillit, Komfort (lettvint og behagelig, bekvemmelighet), Kompetanse, manglende evne til å gjenkjenne risikofaktorer, kunnskap og ferdigheter

\*Sykepleiernes manglende fokusering. Som omhandler: Bevissthet til selvmord, holdninger relatert til religion og kultur, Sykepleiernes følelse av ubehag, Sykepleiernes redsel og bekymring relatert til kommunikasjon og manglende rutiner i virksomheten.

I den andre delen sees det på om sykepleiere kan bli bedre i stand til og foreta en risikovurdering av selvmord ved og motta opplæring. Denne delen består av:

\*Sykepleiernes økte kunnskap etter en intervensjon. Som omhandler: Selvtillit, Komfort, Kompetanse, evne til å gjenkjenne risikofaktorer, kunnskap og ferdigheter

\*Sykepleiernes økte evne til å fokusere på selvmordsproblematikk. Som omhandler: følelser relatert til suicidale pasienter, bevisstheten rundt selvmord, holdning relatert til religion og kultur, evne/ferdighet relatert til kommunikasjon, bedre rutiner i virksomheten. Disse underkategoriene kom fram gjennom analysen av artiklene som beskrevet i metodekapitlet.

#### **3.1. Mulige faktorer som kan forhindre at sykepleiere foretar en vurdering av selvmordsrisiko**

##### **3.1.1. Sykepleiernes fagkunnskaper**

###### *Selvtillit, komfort og kompetanse.*

Blant sykepleierne ser det ut til å være en frykt for ikke å være i stand til å hjelpe pasientene, samt en engstelse for å føle personlig sviktet dersom pasienten begår selvmord (Valente & Saunders, 2004). Før et opptreningskurs (7,5 timer) viser det seg at de som arbeider innenfor psykiatrien (psykiatrisk helsepersonell) har signifikant høyere selvtillit, komfort og kompetanse med å bistå en suicidal person enn sykepleiere på somatiske avdelinger i sykehus

(sykehus personell) og sykepleiere som arbeidet i hjemmesykepleien, sykehjem og andre kommunale instanser (kommunehelsetjenestens personell) (Slaven & Kisely, 2002).

### ***Ferdighet og kunnskap.***

Manglende profesjonell erfaring, kunnskap, ferdigheter eller evnen til å ta vare på suicidale personer ble framhevet som svakheter av sykepleierne selv (Valente & Saunders, 2004). De har begrenset eller gjennomsnittlig kunnskap rundt profesjonelt og etiske ansvar med og bistår en suicidal person (Slaven & Kisely, 2002). Over 70% av sykepleiere vurderte seg selv til å ha noe eller liten ferdighet og kunnskap rundt selvmord og kun 14.6% vurderte sine selvmordsrisikovurderings ferdigheter til god eller veldig god. Det viste seg at sykepleierne manglet ferdigheter til å håndtere selvmord, de vet ikke hvordan de skal kunne hjelpe pasientens hjelpesløshet, hvordan de kan finne en måte og nå dem på og få dem til å se selvmord som absolutt siste alternativ. Som en konsekvens av deres manglende kunnskap kan de ikke avgjøre hvor alvorlig pasienter er med sin suicidale hensikt, og er dermed ikke i stand til å vurdere pasientenes selvmordsrisiko. Kun 14% av sykepleierne var komfortable med selvmordsrisikovurdering, hadde tro på deres intervensjoner ved selvmordsfare og forsto pasientens fortvilelse. De mener selv dette kommer av yrkeserfaring fra psykiatrien (Valente & Saunders, 2004).

### ***Sykepleiernes evne til å gjenkjenne risikofaktorer.***

Sykepleierne identifiserer 4.85 av 9 risikofaktorer for selvmord riktig. 69.8% av sykepleierne var i stand til å identifisere enkemenn som en risikofaktor, 82.8% pekte korrekt på at de som hadde et ønske om å dø var i risiko og 79.6% svarte riktig på at, om pasienten gir fra seg en verdsatt gjenstand er dette en risikofaktor. 42.8% trodde at frykt og bekymringer var en risikofaktor, noe som ikke var tilfelle, på lik linje med at 40.6% mente gråting var en faktor og 23.1% mente at om pasienten ikke ønsket enkelte behandlinger, var dette en risikofaktor (Valente, 2010). Det er ingen signifikant forskjell med tanke på kunnskap om risikofaktorer for selvmord mellom psykiatrisk helsepersonell, sykehus personell og kommunehelsetjenestens personell (Slaven & Kisely, 2002).



### **3.1.2. Sykepleiernes manglende fokusering på selvmordsproblematikk**

#### ***Bevisstheten rundt selvmord.***

Før en intervensjon (1,5 time) viser det seg ikke å være merkbare forskjeller mellom praktiserende sykepleiere og registrerte sykepleiere med tanke på bevisstheten rundt selvmord eller varselsignaler på at en pasient tenker å ta sitt eget liv (Tsai, Lin, Chang, Yu, & Chou, 2011). Før et 18 timers undervisningsprogram trodde enkelte sykepleiere det ikke fantes selvmordsrisiko blant pasientene, så lenge behandlingen var god nok (Chan, Chien & Tso, 2008).

#### ***Sykepleiernes holdning relatert til religion og kultur.***

Noen sykepleiere forteller selvmord er et tabu emne i deres samfunn, at det strir mot deres egen religiøse overbevisning, de mener det er galt og en feig utvei, mens andre sykepleiere rapporterer de rett og slett føler ubehag med emnet. De forteller det strir mot deres egne verdier noe som medfører problemer relatert til samtaler om selvmord med pasientene. Man kan også se at holdningene og verdiene påvirket sykepleiernes evne til å vise omsorg og kommunisere om selvmord, samt at de innehar en frykt for å dømme pasienter eller si noe galt (Valente & Saunders, 2004).

#### ***Ubehag.***

Sykepleierne opplever deres ansvar og rolle relatert til selvmord som ubehagelig og mener det er psykiaternes felt (Valente & Saunders, 2004). De gir uttrykk for begrenset erfaring og kompetanse, og liten kunnskap om hvordan de skal gi omsorg til pasienter som har prøvd å ta sitt eget liv. En konsekvens av disse manglene er at sykepleierne ofte opplevde ubehag i vurdering av selvmordsrisiko (Jincy, Linu, & Binil, 2011; Valente, 2010).

#### ***Bekymring og redsel relatert til kommunikasjon.***

Sykepleiere vet ikke hvordan de skal reagere på en suicidal pasient og ønsker ikke å reagere på feil måte. De opplever emnet som skremmende og uttrykker manglende ferdighet relatert til rådgivning og vurdering i slike situasjoner (Valente & Saunders, 2004).

Før en intervensjon (18 timer) bekymret enkelte sykepleiere seg for å stille feil type spørsmål og dermed utløse negative følelser til pasientene. Dette medførte at enkelte unngikk å ta opp temaet selvmord under kommunikasjon med denne pasientgruppen (Chan et al., 2008, Chan,

Chien, & Tso, 2009). Samtidig viser det seg å være større sannsynlighet for at kommunehelsepersonell vurderer det som skadelig å diskutere selvmord med potensielt suicidale personer og oppmuntre suicidale pasienter til å snakke om sine ønsker om å dø, enn det psykiske helsepersonell gjør. Og viljen til å spørre potensielle suicidale personer om deres plan for selvmord, er signifikant større blant psykisk helsepersonell enn hos kommunehelsetjenestens personell (Slaven & Kisely, 2002).

### ***Manglene rutiner i virksomheten.***

Før en workshop (18,5 timer) opplever sykepleierne stress i møte med suicidale pasienter, noe som kom til uttrykk gjennom irritasjon, angst eller følelse av hjelpesløshet (Holdsworth, Belshaw, & Murray, 2001).

En av de barrierene for selvmordsforebyggende tiltak (forebygging) i institusjonen som ble nevnt oftest av sykepleierne selv, var manglende resurser relatert til bemanning og tid. Enkelte sykepleiere kan fortelle at de har ansvar for ti pasienter på en vakt, dermed blir det en utfordring å kunne foreta en grundig selvmordsvurdering. De kan også fortelle at enkelte pasienter ønsker å snakke med sykepleierne, men de har ikke tid til å lytte til pasienten. Som en konsekvens av dette opplever de ikke og få fylt sin rolle som sykepleier, noe som gir seg til uttrykk gjennom frustrasjon. Sykepleiere som arbeider innen generell pleie kan neglisjere pasienters selvmordsrisiko på grunn av et høyere fokus på pasienters fysiske behov, enn pasientens psykiske eller følelsesmessige tilstand. De forteller at de eldre sykepleierne mener fysisk omsorg og gjennomføring av oppgaver er den viktigste delen av sykepleiernes arbeid. Sykepleierne etterlyste retningslinjer i deres praksis, knyttet opp mot selvmords forebygging og hvilke tiltak som skal gjennomføres i den sammenheng (Chan et al., 2008).

## **3.2.Hvordan sykepleiere kan bli bedre i stand til å foreta en risikovurdering av selvmord.**

### **3.2.1. Sykepleiernes økte kunnskap etter en intervensjon.**

#### *Selvtillit, komfort og kompetanse.*

Det viser seg at sykepleierne er signifikant mer komfortable, kompetente og selvsikre etter en intervensjon (7,5 timer, omhandler bevissthet om selvmord, kurs: a) (Slaven & Kisely, 2002). Blant sykepleierne finner man en generell enighet om at deres økte kunnskap etter opplæring (18 timer, et kurs som siktet mot å øke sykepleiernes kunnskap relatert til forebygging og håndtering av pasienter som har gjennomført et selvmords forsøk, pasienter som er suicidale og deres familie, kurs: b) var årsaken til deres økte selvsikkerhet i sykepleien til suicidale pasienter (Chan et al., 2008). De sier det er enklere og faglig vurdere selvmordsrisiko, etter en workshop (18,5 timer, omhandler en introduksjon til selvmordsrisikovurdering og alternativ respons på selvskading, opplæring på bruken og begrensninger på bruk av selvmordsrisikovurderings verktøy og dokumentasjon, identifisering av stressorer tilknyttet personer som selvskader og teknikker for å håndtere dette, kurs: c) ettersom at deres evne og selvsikkerhet i slike vurderinger er blitt større (Holdsworth et al., 2001).

#### *Ferdighet og kunnskap.*

Med tanke på vurdering og håndtering av pasienter med suicidal adferd, vurderte sykepleierne sine egne ferdigheter og kunnskaper til å ha steget fra lav/moderat til moderat/høy etter en workshop (5,25 timer, omhandler en introduksjon om selvmord og opplæring på ulike forklaringsmodeller om selvmord, kurs: d) (Simpson, Winstanley, & Bertappelle, 2003). Sykepleiere er enige om at opplæringen (6,5 timer, omhandler vurdering og håndtering av selvmordsrisiko blant eldre fra 65 og over, kurs e) hjalp dem til å bedre gjennomføre en selvmordsrisikovurdering. Også tre måneder etter endt opplæring var 84% av sykepleierne enige/veldig enige i at opplæringen hadde bidratt til at de nå, var bedre i stand til å foreta en slik vurdering (Huh et al., 2012). Blant sykepleiere som mottok opplæring (en dag) ser man at det er en signifikant økning i kunnskapen om selvmordsrisikovurdering og selvmords relaterte problemer (Huh et al., 2012; Slaven & Kisely, 2002).

Samtidig ser man at opplæringen (6 timer, økter (skriftlig og muntlig fremlegg, diskusjon, video presentasjoner og rollespill med tilbakemeldinger) som omhandlet

selvmordsrisikovurdering, vurdering av psykososiale problemer og mental tilstand, klinisk håndtering av selvmordsrisiko og emosjonelle kriser samt forebygging av fremtidige kriser, kurs: f) gir en forbedring innen klinisk håndtering, vurdering og problemløsning med en signifikant bedring i håndtering av pasienter med en suicidal hensikt (Appleby et al., 2000). Sykepleierne er mer kompetente til å kommunisere, vurdere og hjelpe disse pasientene etter opplæring (kurs: b) (Chan et al., 2008). Og det viser seg å være en signifikant bedring innen vurdering av selvmords intensjon etter opplæringen (kurs: f). Forbedringen brakte dem opp til det nivået mentalt helsepersonell hadde tidligere (Appleby et al., 2000).

Sykepleierne ser ut til å være mer oppmerksomme på følelsesmessige endringer og endringer i livet til pasientene som kan øke faren for selvmord (Chan et al., 2008; Huh et al., 2012).

### ***Sykepleiernes evne til å gjenkjenne risikofaktorer.***

Flere av sykepleierne viste seg å være enige om at opplæringen (kurs: b) hadde forbedret deres kunnskap om risikofaktorer for selvmord og økt deres bevissthet rundt pasienter med en suicidal hensikt. De føler seg tryggere med å vurdere pasienter ved hjelp av direkte kommunikasjon på grunn av denne økte kunnskapen (Chan et al., 2008). De er nå mer oppmerksom på risikofaktorene for selvmord (Chan et al., 2008; Huh et al., 2012). Og mer årvåkne på pasienter med høy selvmordsrisiko. En sykepleier forteller at hun etter opplæringen har innsett at døende pasienter eller kronisk syke, kan ha en økt selvmordsrisiko etter utskriving til hjemmet, på grunn av kroniske smerter og ensomhet. De lærte også at risikoen for selvmord øker under recovery etter en medikamentell behandling. Og at tiden på døgnet hvor risikoen for selvmord er størst, er når sykepleierne har lunch, i vaktskifte eller under nattskiftet (Chan et al., 2008). 90% av sykepleierne var enige/veldig enige i at deres bevissthet om selvmordsrisikoen for pasienter sent i livet hadde økt tre måneder etter endt opplæring (Huh et al., 2012).

### **3.2.2. Sykepleiernes økte evne til å fokusere på selvmordsproblematikk**

#### ***Sykepleiernes følelser relatert til suicidale pasienter, bevisstheten rundt selvmord og sykepleiernes holdning relatert til religion og kultur.***

Mange av sykepleierne nevner at de har fått en økt bevissthet om sitt eget ansvar i forhold til selvmordsforebygging (Chan et al., 2008). Samtidig viser seg å være en statistisk signifikant bedring i sykepleiernes holdninger til selvmords forebygging etter en intervensjon (7,5- 15 timer, STORM (Skills Training On Risk Management) omhandler hovedsaklig å utvikle komplekse kliniske kommunikasjonsferdigheter gjennom rollespill og tilbakemelding på video opptak av rollespillene, samt refleksjon over deltagerens egne erfaringer, for å adressere deltagerens holdning, kurs: g) (Gask, Dixon, Morriss, Appleby, & Green, 2006). Man kan også se at samlet ble holdningen mindre negative til selvmord blant sykepleierne (Appleby et al., 2000; Huh et al., 2012), men bedringen var kun signifikant blant sykepleiere ved legevakten, som viste seg å ha den mest negative holdningen før opplæring (kurs: f) (Appleby et al., 2000). Sykepleierne forteller at opplæringen (18 timer, økter (refleksjoner, rolle spill, kritisk analyse av hendelse, forelesninger, case diskusjoner og selvstudie) som omhandler fakta om og myter rundt selvmord, selvmordsrisiko og beskyttende faktorer for selvmord, selvmordsforebygging i somatiske sykehus, kilder til støtte for pasienter og deres familier, samt vurdering av selvmordsrisiko, kurs: h) bidrar til å få presisert en del myter rundt selvmord, noe som tidligere påvirket deres holdninger (Chan et al., 2009).

Opplæringen (kurs: g) fikk også sykepleieren til å innse at personer foretrekker og bli spurt mer direkte om deres suicidale hensikt framfor at selvmord blir et skammelig tema. Seks måneder etter endt opplæring viser det seg å være en positiv endring av selvtillit og holdninger til selvmord (Gask et al., 2006)

#### ***Sykepleiernes evner/ferdigheter relatert til kommunikasjon.***

Det viser seg at viljen til å gripe inn ved selvmordsfare er større blant sykepleierne etter opplæring, de gir uttrykk for at det er tryggere å vurdere selvmordsrisiko og kommunisere med suicidale pasienter nå (kurs: a, b og h) (Chan et al., 2008; Chan et al., 2009; Slaven & Kisely 2002). Det viser seg å være en økt vilje til å ta opp spørsmålet om selvmord direkte med pasientene (Slaven & Kisely, 2002), og sykepleierne opplevde å ha en klarer forståelse av hvordan de skal spørre, hva de skal spørre om og hva de skal gjøre med informasjonen de får.

De opplever å ha fått en tillatelse til å snakke mer åpent om selvmord med pasientene, og opplæringen (kurs: g) har gitt en bekreftelse på at direkte spørsmål er riktig å stille (Gask et al., 2006).

En sykepleier forteller at hun nå har fått tillitt til å stille ”rett” type spørsmål under kommunikasjon med pasientene og spør nå pasientene direkte om deres suicidale hensikt (Chan et al., 2008).

### ***Bedrede rutiner i virksomheten.***

Det viser seg at teknikkene og ferdighetene sykepleierne lærte var relevante eller praktiske for deres eget arbeid og at sykepleierne hadde ført det de lærte ut i praksis (kurs: b, e og f) (Appleby et al., 2000; Chan et al., 2008; Huh et al., 2012). Videre ser man at de benyttet seg av kunnskapen de ervervet fra opplæringen, til veiledning om risikovurdering til studenter (Huh et al., 2012).

Sykepleiere opplever det som viktig å gjennomføre selvmordsrisikovurdering perfekt og vite nøyaktig hva de skal gjøre. Enkelte mener det og kontinuerlig vurdere risiko er den viktigste delen av sitt arbeid (Gask et al., 2006). De forteller at ferdighetene de har opparbeidet seg under opplæringen (kurs b) har bidratt til dette (Chan et al., 2008).

Sykepleierne forteller de retter mer oppmerksomhet til psykososiale behov og pasientenes følelser, og inkluderer disse i omsorgsplaner og sine vurderinger etter de mottok opplæring (kurs: h) (Chan et al., 2009). De benytter sjekklister for å oppdage selvmords risiko og eventuelle suicidale hensikter (Huh et al., 2012). Har pasienten gjennomført et selvmordsforsøk, mener flere av sykepleierne det er nødvendig at pasienten får hjelp fra psykiatrisk helsepersonell etter opplæring (kurs: e og kurs: j 12 økter (2 timer forelesning og 1 time diskusjon pr. økt) som omhandler ulike aspekter rund selvmords forsøk) (Huh et al., 2012; Samuelsson & Åsberg, 2002). Det viser seg å være en signifikant økning i viljen til å henvise suicidale pasienter til profesjonell hjelp etter opplæring (1,5 time, fokuserer på profesjonelle vanskeligheter, kvalitetskontroll, juridiske aspekter og etiske utfordringer gjennom 70minutters presentasjon og 20 minutters diskusjon, kurs i) (Tsai et al., 2011). Sykepleierne forteller de kommer til å være mer årvåkne og forsikre seg om at pasientene blir henvist til de rette instansene (Chan et al., 2008). Tre måneder etter endt opplæring (kurs: e) rapporterte flere av sykepleierne at de hadde gjort endringer i sin praksis relatert til selvmordsrisikovurdering (Huh et al., 2012).

## 4. DISKUSJON

**Hensikten med oppgaven er å belyse sykepleiernes evne til å foreta en vurdering av selvmordsrisiko.**

I dette kapitlet vil en oppsummering av de funn som er gjort av artiklene (resultatet) bli diskutert opp mot annen litteratur.

### 4.1. Resultatdiskusjon

#### *Bevisstheten rundt selvmord og selvtillit, komfort og kompetanse før opplæring.*

I resultatet ser man at sykepleiere som arbeider innen psykiatrien har en signifikant bedre selvtillit, komfort og kompetanse med å bistå en suicidal pasient. Det viser seg også at det er en frykt for ikke å strekke til blant de generelle sykepleierne. Ut fra dette kan man tenke seg at den signifikante forskjellen man finner mellom de som arbeider i psykiatrien og de som arbeider med somatisk pleie, skyldes fagmiljøet sykepleierne arbeider i, og den kunnskapen og erfaringene man innhenter seg gjennom det arbeidet man gjør, ”learning by doing”. De som arbeider innenfor det somatiske feltet vil ikke ha de samme mulighetene til å erverve seg denne type kunnskap og erfaringer på samme måte, noe som kan være grunnen til den opplevde manglene kompetanse nevnt over. Man kan gå ut fra at jo mer man arbeider med et fag område, desto mer lærer man, og dermed opparbeider man et høyere nivå av selvtillit, kompetanse og komfort rundt emnet.

Dette samsvarer med Kähler når han sier, hvis vi antar at selvsikkerheten stammer fra den direkte og den indirekte erfaring, er det klart at noen erfaringer har større innvirkning på selvsikkerheten enn andre (Kähler, 2012). samtidig sier Kähler (2012) om mennesker blir henvist til kun å lære gjennom erfaringer (”learning by doing”), vil tilegnelsen av ferdigheter og læringsprosessen ta uendelig lang tid og være veldig kostbare, ikke bare i økonomisk sammenheng.

#### *Selvtillit, komfort og kompetanse etter opplæring.*

Videre kan man se i resultatet at sykepleierne opplever at deres selvtillit har øket etter de har mottatt opplæring av ulik lengde. På bakgrunn av dette kan man tenke seg at deres økte selvtillit skyldes en økt opplevelse av kompetanse relatert til emnet, noe som kan styrke sykepleiernes evne til å foreta en selvmordsrisikovurdering.

Dette ser man stemmer overens med Kähler når han mener, troen på den personlige kompetanse regulerer måten vi tenker på, motiverer oss selv, handler og føler. Det krever en sterk tro på egen selv kompetanse for at man skal kunne stå ved sin avgjørelse i situasjoner som har flertydigheter, motstridende krav og muligheter for feilvurdering (Kähler, 2012).

### ***Ferdighet og kunnskap før opplæring.***

Resultatet viser at sykepleierne opplever de har begrenset eller gjennomsnittlig kunnskap rundt profesjonelt og etisk ansvar med å bistå en suicidal person. Samtidig forteller de om manglende kunnskap og ferdigheter rundt selvmord. De vet ikke hvordan de skal hjelpe pasienters hjelpeløshet og de mangler kunnskap til å kunne vurdere hvor alvorlig selvmordshensikten er. Med utgangspunkt i dette, kan det tenkes at disse faktorene vil påvirke evnen til å koble inn annet kvalifisert personell og på en faglig forsvarlig måte vurdere pasientens selvmordsrisiko, noe som kan være nødvendig for å kunne gi omsorgsfull hjelp. Dette samsvarer ikke med det krav man finner i helsepersonelloven §4.

Helsepersonelloven § 4 omhandler forsvarlighet. Denne loven krever at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til omsorgsfull hjelp og faglig forsvarlighet som kan forventes ut fra kvalifikasjoner, situasjon og arbeidets karakter for øvrig (Lovdata, 2012 a).

### ***Sykepleiernes evne til å gjenkjenne risikofaktorer før opplæring.***

Fra resultatet kan man se at sykepleierne ikke er i stand til å identifisere alle risikofaktorene for selvmord, samtidig identifiserer de risikoer som ikke er faktorer i denne sammenheng. Ut fra dette kan man tenke seg at manglende kunnskap om risikofaktorer bidrar til at sykepleierne ikke er i stand til å se hvilke pasienter som kan være suicidale og at en økt kjennskapen til disse faktorene kan øke deres årvåkenhet ovenfor disse pasientene. Dette vil igjen bidra til at sykepleierne tidligere kan kartlegge pasientenes selvmordsrisiko. Dette samsvarer med Haukø og Ystgaard da de sier, det viser seg at personer kan gå lenge med tanker, ønske og planer for selvmord uten at det er registrert av omgivelsene. En registrering av faresignaler på selvmord kan øke vår årvåkenhet. Men skal man finne ut hvor alvorlig risikoen for selvmord er trenger en nærmere risikovurdering (Haukø & Ystgaard, 2011).



### ***Ferdighet og kunnskap og Sykepleiernes evne til å gjenkjenne risikofaktorer etter opplæring.***

I resultatet ser man at sykepleierne har økt kunnskap om risikofaktorer for selvmord etter opplæring, noe som har medført at de føler seg tryggere med å vurdere selvmordsrisiko ved å benytte direkte kommunikasjon.

Dette finner man også i *Selvord og selvmordsforsøk* av Haukø & Ystgaard som sier, det er kun gjennom samtale med den det gjelder det er mulig å foreta en selvmordsrisikovurdering (Haukø & Ystgaard, 2011).

Samtidig ser man i resultatet at opplæringen har økt deres årvåkenhet til når på døgnet det er størst sannsynlighet for at pasienter tar sitt eget liv. På bakgrunn av dette kan man tenke seg at kjennskap til risikofaktorer vil være viktige elementer som bidrar til at sykepleierne blir bedre i stand til å foreta en selvmordsrisikovurdering.

Dette samsvarer med *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykiatrisk helsevern* som mener, et viktig element i arbeidet med å forebygge selvmordsforsøk og selvmord er å sette helsepersonell i stand til å oppdage selvmordsrisiko. En selvmordsrisikovurdering er en vurdering av en person og en situasjon. En slik vurdering forutsetter kunnskap om risikofaktorer og klinisk intervjuferdigheter (sosial- og helsedirektorater, 2008).

### ***Sykepleiernes holdning relatert til religion og kultur før opplæring.***

Gjennom resultatet ser man at sykepleierne sier selvmord er et tabu emne, det strir mot deres religiøse overbevisninger, det er galt og de føler ubehag med emnet, noe som påvirker deres evne til og kommunisere med denne pasientgruppen. Med utgangspunkt i dette kan man stille seg spørrende til i hvor stor grad en sykepleierne i Norge påvirkes av de religiøse aspektene. Haukø og Ystgaard hevder at holdninger til selvmord ser ut til å ha holdt seg levende opp gjennom vår kulturhistorie, men at de religiøse forestillingene dominerer ikke i like stor grad lenger (Haukø & Ystgaard, 2011). Samtidig kan man tenke seg at sykepleiernes følelser relatert til emnet, fører til at denne type kommunikasjon oppleves som en skremmende og belastende oppgave, noe som vil påvirke deres evne til å gjennomføre slike samtaler. Dette kan man også se at Kähler belyser da han hevder at nye, belastende og krevende situasjoner kan få mennesker til å avstå fra å gjøre det de vil, fordi de ikke tør. Ettersom at slike situasjoner fremkaller en følelsesmessig reaksjon. Denne følelsesmessige reaksjonen påvirker deres opplevelse av formålet (Kähler, 2012).

Som vist tidligere er det gjennom samtale med pasienten en kan kartlegge hvor alvorlig risikoen for selvmord er. Dette innebærer at sykepleierne må være i stand til å kommunisere med disse pasientene. Er sykepleierne bevist sine holdninger relatert til dette, vil de også være bedre i stand til å gå inn i disse samtalene.

Dette samsvarer med Haukø og Ystgaard som sier, når sykepleiere møter en suicidal person vil etiske dilemmaer av både privat og profesjonell art dukke opp. Skal sykepleieren være i stand til å skape et vellykket møte med denne pasientgruppen er det en avgjørende faktor at sykepleieren har reflektert over problemstillingene og tenkt over sitt eget verdigrunnlag og menneskesyn (Haukø & Ystgaard, 2011).

### ***Bevisstheten rundt selvmord og Sykepleiernes holdning relatert til religion og kultur etter opplæring.***

I resultatet ser man at sykepleierne har fått økt bevissthet om eget ansvar relatert til selvmordsforbygging og at holdningene sykepleierne hadde er blitt bedret etter opplæring opp til 18 timer.

Man kan anta at dette er holdninger sykepleierne har hatt med seg fra tidlig i livet. Da kan man stille seg undrene til hvordan 18 timer kan endre disse holdningene.

At man skal kunne endre holdninger på så kort tid samsvarer ikke med Håkonsen da han mener, holdninger er ikke noe som forandres på en enkel måte, men er noe vi har med oss over tid. Holdninger er derfor relativt varige. Å forandre holdninger krever ofte arbeid som både er tidkrevende, og som koster noe for den enkelte å gjennomføre (Håkonsen, 2010)

### ***Bekymring og engstelse relatert til kommunikasjon før opplæring.***

Man kan anta at det er en stor sannsynlighet for at man som sykepleier, uansett arbeidsplass, kan møte personer med en suicidal hensikt, derfor er det viktig å ha kunnskap om hvordan man på mest mulig hensiktsmessig måte kan kommunisere med pasientene for å oppdage eventuelle suicidale hensikter. Fra resultatet ser man at flere sykepleiere vurderer det som skadelig å snakke med potensielt suicidale pasienter om selvmord. Enkelte sykepleiere tror dette kan bidra til en økning i pasientenes negative følelser.

Dette samsvarer ikke med det man finner i heftet *Førstehjelp ved selvmordsfare* som sier, man må lede samtalen i retning av selvmord. Indirekte, tvetydige og vage spørsmål vil som regel få uklare svar. man bør spørre forsiktig, men tydelig. Spør derfor pasienten direkte spørsmål om selvmord. Det er lite og tape, men mye å vinne ved å spørre direkte. Slik blir selvmord et tema

det er mulig å snakke om, i stedet for et skjult problem. De fleste som sitter med selvmordstanker, ønsker å dele de med noen (LivingWorks & Vivat, 2001).

Samtidig kan bekymring og redsel medføre at sykepleierne ikke er i stand til å fylle de krav om forsvarlighet man finner i helsepersonelloven.

Helsepersonelloven § 4 krever at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til omsorgsfull hjelp og faglig forsvarlighet som kan forventes ut fra kvalifikasjoner, situasjon og arbeidets karakter for øvrig (Lovdata, 2012 a).

### ***Evne/ferdigheter relatert til kommunikasjon og følelser relatert til suicidale pasienter etter opplæring.***

Resultatet viser at opplæringen har økt sykepleiernes kunnskap relatert til kommunikasjon, noe som har økt deres opplevde trygghet til å kommunisere med suicidale pasienter. Ettersom at sykepleierne nå er blitt bedre på kommunikasjon relatert til selvmord, kan man tenke seg at de også vil bli bedre i stand til å foreta en risikovurdering av selvmord. De vil nå ha fått kunnskapen om hvilke type kommunikasjon som vil være mest hensiktsmessig i møte med disse pasientene. Dette samsvarer også med det Eide og Eide sier om kommunikasjon, god kommunikasjon er hjelpende dersom hjelperen har evnen til å se den andre og til å styre samtalen ut fra den andres behov (Eide & Eide, 2004).

### ***Manglene rutiner i virksomheten før opplæring.***

Videre i resultatet ser man at enkelte sykepleiere ikke tror det eksisterer selvmordsrisiko blant pasienter som mottar en god somatisk pleie. Og at sykepleierne selv mener de lett kan neglisjere pasienters selvmordsrisiko på grunn av for høyt fokus på de fysiske behov pasienten måtte ha. Om en sykepleier på grunn av dette går inn til pasienten for kun å gjennomføre de fysiske oppgavene som foreligger, vil ikke dette bli en god sykepleie til pasienten. Dette samsvarer med Asheim da han sier, det ville vært en dårlig sykepleie som rent mekanisk går etter en instruksjonsliste. Det er i nærkontakt med pasienten man kan fornemme hva som må gjøres. (Asheim, 1997).

En slik neglisjering innebærer at sykepleierne ikke ser pasientens psykososiale behov. Som sykepleiere bør man se og gi omsorg til hele pasienten (fysiske og psykiske behov). Dette samsvarer også med yrkesetiske retningslinjer.

I yrkesetiske retningslinjer punkt 2.3 står det at den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg skal ivaretas av sykepleieren (Norske sykepleieforbundet, 2011).

Gjennom resultatet ser man at sykepleierne ikke opplever å fylle sin rolle som sykepleier, og peker på manglende bemanning, tid og rutiner fra virksomheten som grunnen til dette. Ettersom at sykepleierne selv mener de ikke fyller sin rolle, kan man anta at de mener selvmordsrisikovurdering er en del av deres rolle og dermed ikke opplever helsehjelpen de gir som faglig forsvarlig. Som man kan se fra tidligere foreligger det en lovpålagt plikt om at sykepleierne skal yte helsehjelp på en faglig forsvarlig måte. Her har også virksomheten et ansvar.

Helsepersonelloven §16 sier at virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (Lovdata, 2012 b).

Samtidig kan dette dreie seg om manglende kunnskaper og dermed en manglende bevissthet om at det finnes suicidale pasienter i virksomhetene.

Denne bevisstheten bør ikke bare finnes blant sykepleierne, men også blant lederne i virksomheten. I virksomheten har de institusjonelle lederne en ledende rolle, noe som igjen vil påvirke sykepleiernes bevissthet. Dette samsvarer med Orvik som sier, ledere har et særlig ansvar for å tydeliggjøre verdier, mål og visjoner. Et institusjonelt lederansvar innebærer å utvikle en organisasjonsenhet eller en organisasjon til et meningsfylt felleskap. Lederskap innebærer å vise vei i nye situasjoner (Orvik, 2011)

Kan det tenkes at virksomheten ikke ser på dette området som sykepleiernes plikt, så fremt sykepleierne ikke arbeider i en psykiatrisk avdeling? Om man antar at dette er tilfelle kan man stille seg undrende til hvor vidt det er faglig forsvarlig at pasienter som muligens har en suicidal hensikt og plan, blir oversett av sine sykepleiere på grunn av for dårlig bemanning, tid og rutiner. Vil sykepleiere på tross av dette gi forsvarlig helsehjelp, da dette ikke er den primære innleggelsesårsak. Dersom en suicidal pasient gjennomfører et selvmord i en somatisk sengepost, ville det vært av interesse å se hvordan helsetilsynet hadde sett på et slikt tilfelle opp mot forsvarlighets kravet. Og hvordan virksomheten eventuelt kunne forsvare dette?

### ***Bedrede rutiner i virksomheten etter opplæring.***

I resultatet ser man at sykepleierne implementerte de teknikker og ferdigheter de hadde lært inn i sin egen praksis, de var på høyde med sykepleiere som arbeidet innen psykiatrien med tanke på vurdering av selvmordsintensjon og de kunne benytte disse ferdighetene i veiledning

til studenter. Også her kan man se at det ligger noen etiske forventninger til sykepleiernes ansvar.

Yrkesetiske retningslinjer 1.4 sier at sykepleiere bør holde seg oppdatert om utvikling, forskning og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Man kan diskutere hvor vidt selvmordsrisikovurdering er innenfor generelle sykepleieres fagområde, men som man ser over har sykepleierne implementert det de lærte inn i sin praksis. Videre ser man i resultatet at enkelte sykepleiere mener risikovurdering er den viktigste delen av sitt arbeid, og etter opplæringen vurderer de selvmordsrisiko kontinuerlig. Ut fra dette er det mulig å anta at sykepleierne selv ser på dette som sitt fagområde. Er dette tilfelle vil endringene etter opplæring bidra til at sykepleierne ikke bare er bedre i stand til å foreta en risikovurdering av selvmord, men også at de har fått implementert dette inn i virksomheten. Dette vil også være et steg i riktig retning med tanke på selvmordsforebygging. Dette mener også Giordano og Stichler som sier, dersom pleie- og medisinske stabb nøyaktig vurderer risiko, og gjør de nødvendige tiltak for å redusere risikoen eller yte tilstrekkelig omsorg som er nødvendig for pasienten, presenterer et besøk i akuttmottaket en mulighet for selvmordsforebygging (Giordano & Stichler, 2009)

## 4.2. Metodediskusjon

Søket etter artikler startet forholdsvis tidlig, og da generelt om selvmord og sykepleier perspektiv. Etter hvert ble det bestemt at det skulle snevres inn til sykepleiernes erfaringer av å motta opplæring i forhold til risikovurdering av selvmord. Det ble valgt å ekskludere forskningsartikler som omhandlet sykepleiere med videreutdanning innen psykiatrien da det var mer interessant og vite noe om generelle sykepleieres erfaringer. Dette kan være en styrke for oppgaven, da det er en oppgave som er ment for generell sykepleieutdanning.

Underveis i oppgaven ble hensikten endret, dette kan sees på som en svakhet da artikkelsøket er foretatt før denne endringen. Dette kan ha påvirket oppgaven noe. Hadde søket etter artikler blitt gjennomført samtidig med hensikten, er det en mulighet for at søkeordene kunne vært noe endret, og dermed ville man muligens funnet andre artikler som hadde svaret mer direkte opp mot den nye hensikten. Det ble foretatt et artikkel søk etter endringen av hensikten, for å

se om man fant noen nye mer relevante treff. Det ble ikke funnet noen nye artikler på dette søket.

Tidlig ble det valgt ikke å ekskludere artikler etter årstall, men inkludere de som omhandlet påvirkning av generelle sykepleiere relatert til selvmord, uavhengig av utgivelses år. Den eldste forskningsartikkelen som er benyttet, er fra 2000. Dette kan sees på som en svakhet da deler av innholdet kan være noe foreldet, men det kan også ses på som en styrke da den gjenspeiler mye av det man finner i nyere forskning, noe som styrker funnene. Men artiklene som er blitt benyttet, etter forfatterens fremstilling, ser ut til å være relevant for oppgaven.

Det er 13 forskningsartikler inkludert i denne studien, tre er fra USA, tre fra Kina, tre fra England, to fra Australia, en fra Sverige og en fra India. Det at forskningen er fra så mange land, kan sees på som en styrke, da funnene fra ulike land viste seg å være samsvarende, noe som gjør funnene i studien valide. Samtidig kan det vise at tendensene som kommer frem i studiene er relevante i flere land. Det at det ikke er noen forskningsartikler fra Norge kan sees på som en svakhet, da man ikke får ett bilde over hvordan norske sykepleieres yrkesutøvelse er. På den annen side er norske forhold vanligvis sammenlignbare med andre land, og at forskning fra andre land kan overføres til norske forhold, kan betegnes som en styrke.

Av forskningsartiklene som er inkludert i studien er det 6 som er både kvantitative og kvalitative, 6 som er kvantitative og en som er kvalitativ. Dette kan sees på som en styrke, da oppgaven går ut på å belyse sykepleiernes evne til å foreta en vurdering av selvmordsrisiko. Mange av artiklene gir ett godt bilde på hvilke faktorer som påvirker sykepleierne i møte med suicidale pasienter, og hvordan opplæring påvirker sykepleiernes evne til å foreta en selvmordsrisikovurdering. Men artiklene som er kvantitative gir ikke ett like godt bilde over dette, da det er statistisk framstilt av før og etter tabeller, og det blir da en større grad av tolkning av tall som blir benyttet, dette kan ses på som en svakhet.

Noen av forskningsartiklene er skrevet av de samme forfatterne, dette kan sees på som en styrke, da de sannsynligvis har utviklet sin kompetanse og fordypet seg i temaet.

## 5. KONKLUSJON

- Generelle sykepleiere opplever lavere komfort, kompetanse og selvtillit enn sykepleiere på psykiatriske avdelinger før opplæring av ulik type og lengde. Opplæring viser seg å bedre disse områdene. Sykepleiere bør få opplæring på selvmordsrisikovurdering for å sikre økt kompetanse, noe som også vil innvirke på sykepleiernes selvtillit og komfort.
- Sykepleiere mangler kunnskap om risikofaktorer for selvmord og vurdering av alvorlighetsgrad av selvmordsrisiko, de har begrenset eller gjennomsnittlig kunnskap rundt etisk og profesjonelt ansvar i møte med suicidale personer, disse faktorene spiller inn på sykepleiernes evne til å foreta en faglig forsvarlig risikovurdering. Opplæring vil være hensiktsmessig å gjennomføre da det bidrar til at sykepleierne får økt årvåkenhet relatert til selvmord, de føler seg tryggere i kommunikasjon med suicidale pasienter og dermed blir bedre i stand til å foreta en selvmordsrisikovurdering.
- Sykepleierne påvirkes av ulike holdninger. Dette medfører at de føler ubehag med emnet noe som innvirker på deres kommunikasjonsferdigheter. dette kan få sykepleierne til å avstå fra å foreta en selvmordsrisikovurdering, da den eneste muligheten for å gjøre dette er gjennom kommunikasjon. Hvilken type og lengde som er nødvendig å ha på opplæring for at holdninger skal bli endret er uvisst, men dette er noe det ville vært interessant å sett nærmere på, da det har en stor betydning relatert til selvmordsrisikovurdering.
- Enkelte sykepleiere unngår å ta opp temaet selvmord med pasienter på grunn av engstelse for å stille feil type spørsmål, og dermed utløse negative følelser til pasienten. Dette påvirker sykepleiernes evne til å foreta en selvmordsrisikovurdering, da de på grunn av redselen unngår dette. Opplæring vil øke sykepleiernes vilje til og gripe inn ved selvmordsfare, og medfører at de føler seg tryggere i kommunikasjonen med pasienter i risiko for selvmord. Opplæringen bidrar til at sykepleierne spør pasienten direkte om selvmordstanker og øker sykepleiernes kunnskap om hva de skal gjøre med informasjonen de får.
- Sykepleierne påvirkes av rutinene, eller mangel på rutiner relatert til risikovurdering av selvmord. Er det manglende rutiner i virksomheten rundt dette emnet kan sykepleierne lett neglisjere pasienters psykososiale behov, og dermed ikke gjennomføre selvmordsrisiko. Enkelte sykepleiere tror ikke at selvmordsrisiko

forekommer så lenge pleien de gir på somatisk sykdom er god nok. Opplæring vil bidra til at sykepleierne får et økt fokus på selvmords problematikken og dermed oftere gjennomfører en selvmordsrisikovurdering av pasientene.

- Avslutningsvis kan en ut fra dette konstatere at det ser ut til at opplæring er av stor betydning i forhold til hvorvidt sykepleieren er i stand til å foreta en risikovurdering av selvmord. Det ser ut til å være uavhengig av de faktorer som forhindrer at sykepleierne foretar en vurdering av selvmordsrisiko.



## LITTERATURLISTE

- Appleby, L., Morriss, R., Gask, L., Roland, M., Perry, B., Lewis, A., ... Faragher, B. (2000). An educational intervention for front-line health professionals in the assessment and management of suicidal patients (The STORM project). *Psychological medicine*, 30 (4), 805-812.
- Asheim, I. (1997). *Hva betyr holdninger? Studier I dydsetikk*. Otta: Tano Aschehoug AS.
- Chan, S. W-C., Chien, W-T., & Tso, S. (2008). The Qualitative of a suicide prevention and management programme by general nurses. *Journal of cilical nursing*, 17, 2884-2894. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02424.x>
- Chan, S. W-C., Chien, W-T., & Tso, S. (2009). Evaluating nurses' knowledge, attitude and competency after an education programme on suicide prevention. *Nurse education today*, 29, 763-769. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2009.03.013>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2013). *Forskningsetisk sjekklister*. Hentet fra: <http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Forskningsetisk-sjekklister/> (Hentet: 20.mai 2013).
- Eide, T., & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm, Sverige: Natur och kultur.
- Gask, L., Dixon, C., Morriss, R., Appleby, L. & Green, G. (2006). Evaluating STORM skills training for managing people at risk of suicide. *Journal of advanced nursing*, 54, 739-750. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03875.x>

Giordano, R., & Stichler, J. F. (2009). Improving suicide risk assessment in the emergency department. *Journal of emergency nursing*, 35, 22-26.

doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jen....>

Haukø, W., & Ystgaard, M. (2011). Å forstå og forklare selvmordsatferd. *Statens helsetilsyn*.

Hentet fra:

<http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/formidling/litteratur/haukoeystgaard.html> (Hentet: 08. april 2013)

Helsetilsynet. (2007). *Tilsynsmelding 2006*. Oslo: Statens helsetilsyn.

Helsetilsynet. (2013). *Tilsynsmelding 2012*. Oslo: Statens helsetilsyn.

Holdsworth, N., Belshaw, D., & Murray, S. (2001). Developing A&E nursing responses to people who deliberately self-harm: the provision and evaluation of a series of reflective workshops. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 8, 449-458.

doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1351-0126.2001.00434>

Huh, J. T., Weaver, C. M., Martin, J. L., Caskey, N. H., O'Riley, A., & Kramer, B. J. (2012).

Effects of a late-life suicide risk-assessment training on multidisciplinary healthcare providers. *Journal of the American geriatrics society*, 4, 775-780. doi:

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03843.x>

Håkonsen, K. M. (2010). *innføring I psykologi* (4.utg). Oslo: Gyldendal Norske forlag AS.

Jincy, J., Linu, S.G., & Binil, W. (2011). Effectiveness of an informational booklet on care of attempted suicide patients. *International Journal of Nursing Education*, 3(1), 71-73.

Kähler, C. F. (2012). *Det kompetente selv: en introduktion til Albert Banduras teori om selvkompetence og kontroll*. Fredriksberg: Frydenlund forlag AS.

- Kilvik, A., & Lamøy, L.I. (2007). *Litteratursøking i medisin og helsefag –en håndbok* (2.utgave). Trondheim: Tapir akademisk forlag.
- Living Works Education., & Vivat. (2001). *Førstehjelp ved selvmordsfare* (3.utg). Tromsø: Undervisningsprosjektet Vivat.
- Lovdata. (2012)a. *Helsepersonelloven §4. Forsvarlighet*. Hentet fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-002.html#4> (Hentet: 05. april 2013)
- Lovdata. (2012)b. *Helsepersonelloven §16. Organisering av virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester*. Hentet fra: <http://lovdata.no/all/tl-19990702-064-003.html#16> (Hentet: 28. mai 2013)
- Løseth, B., & Jevnaker, L-P. (2012). *Månedens DBH-statistikk- Vekst i kanalregisteret* Database for statistikk og høgre utdanning. Hentet fra: [http://dbh.nsd.uib.no/mnd\\_statistikk/mnd\\_statistikk/id\\_39.action;jsessionid=691DD9D4A0F68C5C1495893EDCEADA58](http://dbh.nsd.uib.no/mnd_statistikk/mnd_statistikk/id_39.action;jsessionid=691DD9D4A0F68C5C1495893EDCEADA58) (Hentet: 28. mai 2013)
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2012). *Selv mord og selvmordsforsøk - faktaark med helsestatistikk*. Hentet fra: [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List\\_6212&Main\\_6157=6261:0:25,8148&MainContent\\_6261=6464:0:25,6341&List\\_6212=6218:0:25,6354:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6261:0:25,8148&MainContent_6261=6464:0:25,6341&List_6212=6218:0:25,6354:1:0:0:::0:0) (Hentet: 19. Mai 2013).
- NHI. (2010). *Selv mord og selvmordsforsøk*. Hentet fra: <http://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/selv mord/selv mord-3091.html> (Hentet: 23. Mai 2013).
- Norsk sykepleieforbundet. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.
- Orvik, A. (2011). *Organisatorisk kompetanse – I sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: J.W. Cappalans forlag AS.

Polit, D. F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practise*. 9. utgave. Philadelphia PA,: Wolters Kluwer.

Samuelsson, M., & Åsberg, M. (2002). training program in suicide prevention for psychiatric nursing personal enhance attitudes to attempted suicide patients. *International journal of nursing studies*, 39 (1), 115-121.

Simpson, G., Winstanley, J., & Bertappelle, T. (2003). Suicide prevention training after traumatic brain injury: evaluation of a staff training workshop. *Journal of head trauma rehabilitation*, 18 (5), 445-456.

Slaven, J., & Kisely, S. (2002). The Esperance primary prevention of suicide project. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 36 (5), 617-621.

Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Tsai, W-P., Lin, L-Y., Chang, H-C., Yu, L-S., & Chou, M-C. (2011). The effects of the gatekeeper suicide-awareness program for nursing personnel. *Perspectives in psychiatric care*, 47, 117-125. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00278.x>

Valente, S., & Saunders, J. M. (2004). Barriers to suicide risk management in clinical practice: a national survey of oncology nurses. *Issues in mental health nursing*, 25 (6), 629-648.

Valente, S. M. (2010). Oncology nurses' knowledge of suicide evaluation and prevention. *Cancer nursing*, 4, 290-295. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181cc4f33>

WHO. (2000). *Att förebygga självmord: ett stödmaterial för primärvården*. Hentet fra:  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.4\\_swe.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.4_swe.pdf) (Hentet: 19. Mai  
2013).

WHO. (2012). *Public health action for the prevention of suicide*. Hentet fra:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf) (Hentet: 19.  
Mai 2013).