

Kandidatnummer: 1891 og 1892

BSYBAC_6

Bacheloroppgave i Sykepleie

Pasientenes behov i suicidal krise på sykehus



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 02.01.2024

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn:

Tall fra Folkehelseinstituttet (2022) viser at det i Norge var 658 mennesker som begikk selvmord i 2021. Ifølge Suicidologi blir omtrent 5000 innlagte i spesialisthelsetjenesten årlig med villet egenskade. Det er sannsynlig at vi som fremtidige sykepleiere kommer til å møte pasienter i selvmordskrise. Det er viktig å få innsikt i hvilke behov denne pasientgruppen trenger, og hvordan vi kan imøtekomme disse behovene.

Hensikt:

Hvordan beskriver pasienter som er i suicidal krise sine behov i møte med helsepersonell på sykehus, og hvordan kan sykepleiere best mulig møte disse behovene?

Metode:

Oppgaven er en integrativ litteraturoversikt, der det ble analysert fem kvalitative artikler, etter Fribergs analysemodell.

Resultat:

Pasienter i suicidal krise belyser ulike behov under innleggelse på sykehus, med positive og negative erfaringer med helsepersonell. Relasjon, tillit og anerkjennelse var avgjørende for positive møter mellom pasient og helsepersonell. De negative møtene med helsepersonell relateres til manglende tillit, anerkjennelse, og følelse av ydmykelse i situasjoner.

Nøkkelord: selvmordskrise, suicidal, pasient, behov, sykepleie, erfaringer, sikkerhetsplan,

Innhold

| | |
|--|-----------|
| SAMMENDRAG | 2 |
| 1 INNLEDNING | 5 |
| 1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA | 5 |
| 1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING | 5 |
| 1.3 HENSIKT MED OPPGAVEN | 6 |
| 1.4 BEGREPSAVKLARINGER..... | 6 |
| 2 TEORI | 6 |
| 2.1 SELVMORD..... | 6 |
| 2.2 PSYKISKE LIDELSER/DEPRESJON | 6 |
| 2.3 SYKDOMSLIDELSE/PLEIELIDELSE/LIVSLIDELSE..... | 7 |
| 2.4 MENNESKE-TIL-MENNESKE-FORHOLD | 8 |
| 2.5 LOVVERK..... | 9 |
| 3 METODE | 10 |
| 3.1 HVA ER METODE..... | 10 |
| 3.2 PRAKTISK GJENNOMFØRING | 10 |
| 3.2.1 Valg av databaser..... | 10 |
| 3.2.2 Søkeord og søkestrategi | 11 |
| 3.2.3 Valg av artikler..... | 11 |
| 3.3 ANALYSE | 12 |
| 4 RESULTATER | 14 |
| 4.1 PASIENT BEHOV | 14 |
| 4.1.1 Trygghet og sikkerhet | 14 |
| 4.1.2 Selvrealisering | 15 |
| 4.1.3 Sosiale og psykologiske..... | 15 |
| 4.1.4 Anerkjennelse og verdisetting | 16 |
| 4.2 SYKEPLEIE HOLDNINGER OG HANDLINGER..... | 17 |
| 4.2.1 Positive pasient erfaringer..... | 17 |
| 4.2.2 Negative pasient erfaringer | 18 |
| 5 DISKUSJON | 20 |
| 5.1 METODEDISKUSJON | 20 |
| 5.1.1 kvalitativ metode | 20 |
| 5.1.2 Land og arena:..... | 21 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 5.1.3 | <i>Forskernes bakgrunn</i> | 21 |
| 5.1.4 | <i>Deltakere og etikk</i> | 22 |
| 5.1.5 | <i>Integrativ litteraturoversikt</i> | 23 |
| 5.2 | RESULTATDISKUSJON | 24 |
| 5.2.1 | <i>Pasientbehov</i> | 24 |
| 5.2.2 | <i>Sykepleie holdninger og handlinger</i> | 25 |
| 6 | ANVENDELSE I PRAKSIS | 28 |
| | REFERANSER | 30 |
| | VEDLEGG | 34 |
| | VEDLEGG 1: SØKELOGG | 34 |
| | VEDLEGG 2: LITTERATURMATRISE | 35 |

Antall ord: 7927

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

På verdensbasis er det omtrent 800 000 mennesker hvert år som begår selvmord, noe som tilsvarer et liv går tapt hvert 40. sekund (UNRIC, 2020). Tall fra Folkehelseinstituttet (2022) viser at det i Norge var 658 mennesker som begikk selvmord i 2021. Selvmord er et alvorlig helseproblem i Norge og en betydelig utfordring for helsetjenesten. Hvert år blir mer enn 5000 personer innlagt i spesialhelsetjenesten med villet egenskade. Mange studier viser at pasienter med villet egenskade har en betydelig risiko for villet egenskade i perioden etter utskrivelse fra sykehuset (Suicidologi, 2023, s.3).

Gjennom sykepleie studiets praksisperioder og yrkeserfaring har vi møtt pasienter i suicidal krise. Pasienter som har forsøkt selvmord har uttrykt til oss at de ikke har fått den hjelpen de trenger, samtidig som de har følt seg helt alene. Pasientene synes også det er vanskelig å snakke om mental helse, da det er tabu belagt tema og stigmatiserende. Pasienter som blir innlagt med selvmordsadferd kan ha ulike behov for behandling og beskyttelse. Samtidig har de også vansker med å uttrykke sine selvmordstanker. Dette kan gjøre det utfordrende for sykepleiere å gi omsorgsfull hjelp. Pasienter som har hatt tidligere episoder med selvskading eller selvmordsforsøk kan gjøre helsepersonell usikre og redde for å gjøre feil. Vi som fremtidige sykepleiere ønsker å finne strategier for å imøtekomme pasienter i selvmordskrise, og samtidig forebygge sjansen for gjentatte selvmordsforsøk. Det er ønskelig å diskutere om sykepleiere skal bruke en standardisert tilnærming i møte med pasienter, eller om de bør bruke en individualisert tilnærming for å styrke pasients opplevelse av kontroll over egen suicidalitet.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Med tanke på økende forekomst av psykisk plager og lidelser hos voksne mennesker de siste 10 årene (FHI, 2023), ønsker vi å undersøke hvilke behov og oppfølging helsevesenet skal gi til pasienter i selvmordskrise. Ved å finne ny kunnskap kan helsepersonell tilpasse omsorgen og behovene til den enkelte pasient bedre. Samtidig kan dette øke forståelsen til sykepleierens rolle med selvmordsforebygging. Vår problemstilling blir formulert gjennom to forskingsspørsmål, som vi ønsker å besvare i oppgaven:

- Hvordan beskriver disse pasientene sine behov?
- Hvordan beskriver disse pasientene sine erfaringer i møtet med helsepersonell på sykehus?

1.3 Hensikt med oppgaven

Hvordan beskriver pasienter som er i suicidal krise sine behov i møte med helsepersonell på sykehus, og hvordan kan sykepleiere best mulig møte disse behovene?

1.4 Begrepsavklaringer

Begrepet suicidal krise eller selvmordskrise defineres som en akutt tilstand preget av intense psykiske smerter og følelsen av være fanget. Dette kan resultere til at personen påfører seg selv alvorlig selvskading eller tar sitt eget liv (snakkomselv-mord, 2023).

2 Teori

2.1 Selvmord

Ifølge Stänicke sitat fra Retterstøl, Ekeberg og Mehlum 2002 blir selvmord definert som «*en bevisst og villet handling en person har gjort for å skade seg selv og der skaden har ført til døden*» (Stänicke, 2018, s. 381). Helsepersonell møter i større grad pasienter med selvmordsproblematikk på sykehus. Enkelte pasienter uttrykker et ønske om å dø, andre truer med det, og andre belyser tanker om døden. Pasientene kan ha ulike tanker om selvskading. Dette kan være individuelle forskjeller i den grad selvmordstanker er utviklet, hvilken plan vedkommende har, og konkrete tanker for metoden (Stänicke, 2018, s. 381).

Stänicke definerer selvmord med to begreper «*parasuicid og kronisk suicidalitet*». Parasuicid blir definert som «*viser til alvorlig selvskade eller ulykke med og uten døden til følge der intensjonen bak handlingen er uklar*» (Stänicke, 2018, s. 381). Begrepet kronisk suicidalitet defineres som «*tilstander med tilbakevendende selvmordsproblematikk over lengre tid*» (Stänicke, 2018, s. 381).

2.2 Psykiske lidelser/depresjon

Årsaker til selvmord er som regel komplekse og knyttes til bekymring om psykiske lidelser. Blant de psykiske lidelsene er det ofte depresjon som utgjør den største faren for selvmord (Vråle, 2018, s. 39). Vurdering av selvmordsrisiko skal alltid vurderes for behandling innen

psykisk helsevern. Selvmordsfaren er betydelig ved alvorlige depresjon, med depressivt tankeinnhold og dyp opplevelse av verdiløshet. For personer som har schizofrenilidelse og psykose, er selvmord også en problemstilling. Mennesker som strever med relasjon og kommunikasjon med andre mennesker kan få diagnosen som ustabil personlighetsforstyrrelse. De kan påføre seg villet egenskade og ta sitt eget liv. Personer med denne type helseutfordring kan ha tilleggsproblemer med rusavhengighet, angst, kriser, ustabil stemningsleie, og depresjon. Selvpåført forgiftning og misbruk av alkohol, medikamenter, og narkotikastoffer kan medføre mange uheldige sideeffekter. Selvmord kan ofte være forbundet med både psykiske lidelser og rusproblemer (Vråle, 2018, s.38-42).

2.3 Sykdomslidelse/pleielidelse/livslidelse

Katie Eriksson er en kjent finsk sykepleieteoretiker. Eriksson baserer sin omsorgsteori på tilnærming at omsorg handler om relasjon mellom to mennesker. Katie Eriksson definerer lidelse som

«lidelse er en kamp mellom det onde og det gode, mellom lidelse og lyst. Det er en alminnelig oppfattelse, at lidelsen hører sammen med det onde. Lidelsen oppfattes generelt som følge av noe ondt» (Eriksson, 2014, s. 31).

Videre har hun definert lidelse inn i tre deler; sykdomslidelse, pleielidelse, og livslidelse.

Sykdomslidelse omfatter fysisk smerte, sjelelig, og åndelig lidelse. Fysisk smerte er forårsaket av sykdommen og behandlingen. Sjelelig og åndelig lidelse forårsakes av opplevelser av fornedring, skam og/eller skyld, som mennesket opplever ved sykdom eller behandling (Eriksson, 2014, s 78).

Pleielidelse er knyttet til pasientenes opplevelse av pleiesituasjonen. Pleielidelse er sammenfattet av ulike kategorier. Disse underkategoriene er; krenkelse av pasientens verdighet, fordømmelse og straff, maktutøving, og uteblitt pleie. Ifølge Eriksson er krenkelse av pasientenes verdighet mest fremtredende i pleielidelsen. Pasientens verdighet kan krenkes ved for eksempel latterliggjøring, stille personlige spørsmål, og overlegen tiltale. Noe som hører tett sammen med krenkelse av menneskets verdighet er fordømmelse og straff (Eriksson, 2014, s 80-87).

Livslidelse berører hele livssituasjonen til mennesket i forhold til sykdom- og pleielidelse. Det er flere faktorer som fremtrer samtidig, men summen av disse blir livslidelse. Dette kan for eksempel innebære tap knyttet til utførelse av hverdagslige oppgaver, oppleve trussel om tilintetgjørelse, og følelsen av å gi opp (Eriksson, 2014, s 88-89).

2.4 Menneske-til-menneske-forhold

Travelbees sykepleiedefinisjon bygger på eksistensialistisk menneskesyn på at lidelse og smerte er uunngåelig. Sykepleie består av å hjelpe den syke og lidende til å finne en mening i situasjonen vedkommende gjennomlever. Dette bygger på et menneske-til-menneske-forhold (Kristoffersen, 2021, s. 251).

Etableringen av et slikt forhold etableres gjennom en interaksjonsprosess med flere faser. Fasene er; det innledende møtet som oppstår mellom pasient og sykepleieren ved at de ikke kjenner hverandre. Framveksten av identiteter bygger på interaksjonen mellom begge parter som har utviklet seg og kontaktforhold er etablert. Empati beskrives av Kristoffersen (2021) sitert av Travelbee (s. 135-136);

«evnen til å trenge inn i eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da» (Kristoffersen, 2021, s. 255).

Sympati bygger på den empatiske prosessen. Dette er en innstilling og holdning som fremkommer når sykepleieren er engasjert i personen og bryr seg om hvordan vedkommende har det. Sykepleieren kan formidle sympati verbalt eller non verbalt gjennom holdninger og væremåte. Etablering av gjensidig forståelse og kontakt oppstår som et resultat av interaksjonen av de nevnte fasene. (Kristoffersen, 2021, s. 256).

Menneske-til-menneske-forhold bygger videre på kommunikasjon som et viktig redskap. Kommunikasjon er en prosess hvor sykepleier og pasient formidler sine tanker og følelser, samtidig som de blir kjent. Det finnes ulike kommunikasjons metoder som verbal og nonverbal. Verbal kommunikasjon er ved bruk av ord og nonverbalt er ved bruk av kroppsspråk. Ved å bli kjent med pasientene vil dette identifisere deres særegne behov, som

vil hjelpe sykepleieren med å planlegge, og utføre sykepleie på bakgrunn av vedkommende sine behov (Kristoffersen, 2021, s. 256-257).

2.5 Lovverk

Spørsmålet om pasientens rett til å bestemme over sitt eget liv, og helsepersonells plikt til å gripe inn over selvmords truende mennesker, er en daglig problemstilling for pasienter og helsepersonell (Vråle, 2018, s. 59). Pasienter som er i selvmordskrise, kan ha et behov for vern. Det er imidlertid tungtveidene grunner for at en tvangsinnleggelse skal ha til formål å bedre pasientens helsetilstand. Pasientens medvirkning og involvering i egen behandling er viktig forutsetning for å lykkes, selv om det finnes øyeblikkelig hjelpesituasjoner der helsepersonell må overta for å bevare liv og helse (Helsepersonelloven, 1999, §7). Bruk av tvang i psykisk helsevern kan skape en rekke dilemmaer i beslutningsprosessen. Viktige faktorer som blir vurdert er alvorlighet av deres sinnslidelse og suicidale fare. Mange hensyn og vurderinger for innleggelse på sykehus peker på en rekke faglige og etiske problemstillinger frem til beslutning er tatt. På bakgrunn av bestemte vilkår og legeundersøkelse av pasienten, så er det den faglig ansvarlige som treffer vedtaket om §3-2 tvungen observasjon eller §3-3 tvunget psykisk helsevern er oppfylt (Psykisk helsevernlov, 1999, 3-3a). Å bli innlagt mot sin vilje ved tvunget psykisk helsevern kan ofte oppleves som et alvorlig og krenkende inngrep mot mennesket integritet og autonomi. Et grunnvilkår for tvunget psykisk helsevern er basert på at frivillighet er prøvd. Samtale med pasienten handler om et samarbeid for å utforske rundt selvmordproblemet. I frivillig psykisk helsevern kan samtale med pasienten handle om å inngå en gjensidig avtale eller kriseplan om hva vi sammen kan gjøre dersom selvmords problemet blir alvorlig (Vråle, 2018, s.59).

Bruk av tvang innen psykisk helsevern kan være helt nødvendig, selv om det er en svært følsom intervensjon for pasienten. Tvang er et stort inngrep for pasients rett til medvirkning og frihet til å bestemme selv. Loven fastslår at bruk av tvang skal forebygges og begrenses. Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for individets integritet og selvbestemmelsesrett (Psykisk helsevernlov, 1999, §1-1). Dette understreker viktigheten å prioritere pasients behov og egnene ønsker i behandlingsprosessen. Pasient og brukerrettighetslovens bestemmelser;

“skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd” (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1).

Pasientinvolvering er en grunnleggende praksis i medisinsk og psykiatrisk behandling. Ønsket om å respektere pasientens autonomi i enkelte situasjoner kan komme i konflikt med behovet for å bruke tvang. Dette kan komplisere tillit, relasjon og pasientens opplevelse av å bli møtt med respekt. Pasientene kan ha ulikt syn på hva som er rett og galt med tvangsbruk for god omsorg. Innsikt i pasientperspektivet kan være viktig for å imøtekomme pasients behov i beslutningsprosessen. Pasientene kan bli kritiske til tvangsbruken og bestemmelser i psykisk helsevernlov. Dette kan innebære: rettsikkerhet og klageordninger, tvangsmedisinering, frihet, medvirkning, unødig tvangsbruk eller måten tvang utføres på. I loven;

“skal restriksjoner og tvang innskrenkes til det strengt nødvendige og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak” (Psykisk helsevernlov, 1999, §4-2).

3 Metode

3.1 Hva er metode

Metode er en fremgangsmåte som brukes til å komme frem til ny kunnskap. Metoden hjelper oss med å samle inn informasjonen som trengs til å gjennomføre en undersøkelse. Videre forteller denne oss om hvordan vi kan komme frem til ny kunnskap, og hvordan man kan etterprøve i den grad kunnskapen er sann, gyldige, og holdbar (Dalland, 2020, s. 53-54). Metodeorientering skiller mellom kvalitative og kvantitative metoder. Skillen mellom disse to metodene blir beskrevet lengre ned, under punkt 3.2.3 valg av artikler.

3.2 Praktisk gjennomføring

3.2.1 Valg av databaser

Vi utførte strukturerte søk i tre helsefaglige databaser som var tilgjengelig via UIS: Cinahl, PubMed og SveMed+. Disse databasene ble valgt siden de inneholder forskningslitteratur knyttet til sykepleierfaget. Cinahl var den databasen vi benyttet mest, fordi artiklene i denne databasen svarte best på vår problemstilling til oppgaven. Til oppsummering er Cinahl en

helsefaglig database utgitt av Ebsco Publishing. Cinahl blir oppdatert månedlig og inneholder artikler i rundt 3000 engelskspråklige tidsskrifter (Helsebiblioteket, 2013).

3.2.2 Søkeord og søkestrategi

I den innledende delen av søkeprosessen valgte vi å bruke nøkkelord som passer til hensikten vår i oppgaven. Vi prøvde norske og engelske ord i ulike databaser, men erfarte at vi fikk best treff med bruk av engelske søkeord. Vi brukte ord som “suicidal”, “suicidal attempts”, “suicidal ideations” og “hope”. Grunnet mange resultater måtte vi avgrense søket videre. Henviser til tabell 1 som synliggjør våre inklusjons- og eksklusjonskriterier. Vi erfarte at det var krevende å finne gode, og relevante artikler til vår problemstilling. For å finne bedre artikler og av relevans til vår problemstilling benyttet vi ulike søkes strategier. Ved bruk av trunkering «*» bak et ord, så vil det gi flere bøyingsformer av ordet og flere resultater. Eksempel på trunkering er «communication*». Vi brukte også boolske søkeoperatorer. Boolske søkeoperatorer er ord som «AND» og «OR» som knytter sammen søkeord (Östlundh, 2018, s.71-73). Eksempel på bruken av denne teknikken er «Suicide attempt or attempted AND practice AND mental Health». Henviser til vedlegg 1, søkelogg for detaljert oversikt.

3.2.3 Valg av artikler

Vi startet utvelgelsen av artiklene ved å se på titler i søkelisten og lese sammendrag som kunne belyse vår hensikt. Artikler som ikke samsvarte med vår hensikt, ble ekskludert. Videre undersøkte vi hvilke perspektiv og metode de ulike artiklene brukte. Vitenskapelige artikler blir gjerne presentert i kvalitativ og kvantitativ metode. De kvalitative metodene tar sikte på meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. Disse artiklene blir også enkelte ganger omtalt som «myke» data (Dalland, 2020, s. 54-55). De kvantitative metodene har en fordel med at de gir data i form av målbare enheter (Dalland, 2020, s. 54). Fordelen ved bruk av tall er at den gir oss muligheter til å foreta regneoperasjoner. Dette kan være for eksempel innebære hvor mange som trenger sosialhjelp, eller hvor mange som oppsøker fastlegen i gjennomsnitt per år. Artikler som er kvantitative blir enkelte ganger omtalt som «harde» data. (Dalland, 2020, s. 54-55).

Som nevnt tidligere resulterte søket til mange resultater. Våre kriterier for å velge artikler ser dere i tabellen under (tabell 1).

Tabell 1: inklusjons- og eksklusjonskriterier

| Inklusjonskriterier | Eksklusjonskriterier |
|---|------------------------------------|
| Tidsrom 2013-2023 | Tidsrom eldre enn 10 år |
| Fagfellevurdert | Ikke fagfellevurdert |
| IMRaD struktur | Ikke IMRaD struktur |
| Norsk eller engelskspråklige artikler | Annet språk |
| Relevant for problemstilling | Ikke relevant for problemstilling |
| Være fra norske helsevesenet eller tilnærmet likt | Ikke tilnærmet norske helsevesenet |
| Pasientperspektiv | Annet perspektiv |
| Over 18år | Under 18år |

Alle artiklene er hentet fra databaser som UiS anbefaler og er fagfellevurderte. For at en artikkel skal være fagfellevurdert stilles det mange krav. Det vil si at en eller flere forskere i samme fagfelt leser, vurderer og godkjennes før publisering (Kildekompasset, u.å.). Vi valgte å gå for en kvalitativ tilnærming til artikler. Dette er fordi vi ønsket å belyse pasientbehovene fra et pasientperspektiv, da behovene til pasientene muligens ikke lar seg tallfeste eller måle.

3.3 Analyse

Vi benyttet oss av Friberg (2017) sin femtrinnsmodell for å analysere resultatene i de valgte artiklene. Analysearbeidet kan beskrives som en bevegelse fra helheten til deler, og derifra til en ny helhet (Friberg, 2017, s.135). Analysearbeidet ble startet med å lese gjennom artiklene med fokus på resultatene. Resultatene ble lest igjennom flere ganger, markert med ulike tusj farger før vi skrev nøkkelfunn fra hver artikkel. Deretter satte vi opp nøkkelfunnene i tabeller som gjorde sammenligningen mye enklere, og vi fikk en systematisk oversikt. Disse tabellene gjorde det enklere for å identifisere likheter og ulikheter i artiklene. Deretter satt vi igjen med en ny helhet.

Under analysen av artiklene fant vi svar på flere forskings spørsmål enn det vi hadde sett for oss i oppgaven; Hvordan er det for en pasient innlagt på sykehus å være i en suicidal krise, og hva betyr det for vedkommende å være i en suicidal krise?

Selv om dette forskningsspørsmålet er et relevant funn om pasienter i selvmordskrise, så valgte vi å ikke vektlegge dette i våre resultater. Fordi dette kunne resultere i endringer av søkeprosess og utvelgelse av bestemte artikler. Analysearbeidet av resultatene fra de selvvalgte artiklene ble videre prioritert etter vår problemformulering og hensikt med oppgaven.

Analysen av artiklene var tidkrevende. De ble lest gjennom grundig og flere ganger for å kunne identifisere hvilken informasjon som svarte best mulig på vår problemstilling. Deretter ble de skrevet i vedlegg 2, litteratormatrise.

Tabell 2: Oversiktstabell av artiklene

| Forfattere, årstall, tittel | Tema | Hensikt | Perspektiv | Metode |
|---|-----------------------------|---|-------------------|--------------------|
| <u>Artikkel 1:</u> Berg, S. H., Rørtveit, K., Walby, F. A., & Aase, K. 2020, Safe clinical practice for patients hospitalised in mental health wards during a suicidal crisis: Qualitative study of patient experiences | Suicidal krise | Hensikten med studien var å utforske hvordan suicidale pasienter opplever trygg klinisk praksis under innleggelse på psykiatriske avdelinger. | Pasientperspektiv | Kvalitativ studie |
| <u>Artikkel 2:</u> Hagen, J., Knizek, B. L., & Hjelmeland, H. 2018, Former suicidal inpatients' experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway | Suicidale innlagt pasienter | Hensikten med studien var å utforske hvordan tidligere suicidale innlagte pasienter opplevde behandlingen og omsorg ved psykiatriske avdelinger i Norge etter implementering av nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. | Pasientperspektiv | Kvalitativ studie. |
| <u>Artikkel 3:</u> Vandewalle, J., Van Hoe, C., Debyser, B., Deproost, E., & Verhaeghe, S., 2021, Engagement between adults in suicidal crises and nurses in mental health wards: A qualitative study of patients' perspectives | Suicidal krise | Hensikten med studie var å forstå hvordan pasienter i selvmordskrise opplever samhandling med sykepleiere på psykiatrisk sykehus | Pasientperspektiv | Kvalitativ studie |
| <u>Artikkel 4:</u> Vatne, M., & Nåden, D. 2014 Patients' experiences in the aftermath of suicidal crises. | Suicidal krise | Hensikten med studie var å beskrive suicidale pasienters opplevelser i møte med helsepersonell. | Pasientperspektiv | Kvalitativ studie |

| | | | | |
|--|------------------------|--|-------------------|-------------------|
| <u>Artikkel 5:</u> Vatne, M., & Nåden, D. 2018, Experiences that inspire hope: Perspectives of suicidal patients. | Suicidale pasienter | Den utforsker hva pasientene beskriver som meningsfull hjelp i omsorgs- og behandlingssituasjoner. | Pasientperspektiv | Kvalitativ studie |
|--|------------------------|--|-------------------|-------------------|

4 Resultater

Gjennom analysen av artiklene våre, har vi valgt å sortere dataene i ulike hovedfunn og underkategorier som var mest fremtredende for å besvare vår problemstilling. Våre hovedfunn og underkategorier blir presenterte i tabell 3 og videre utdypet i dette kapittelet.

Tabell 3: Hovedfunn og underkategorier

| Hovedfunn | Underkategorier |
|---------------------------------------|--|
| Pasient behov | Trygghet og sikkerhet Selvrealisering Sosiale og psykologiske Anerkjennelse og verdisetting |
| Sykepleie holdninger og handlinger | Positive pasient erfaringer Negative pasient erfaringer |

4.1 Pasient behov

4.1.1 Trygghet og sikkerhet

Pasientene hadde et ønske om å bli anerkjent som suicidal. Pasientene er avhengig av kjente og fortrolige relasjoner blant helsepersonell. “Trusted and familiar relationships” inkluderer helsepersonell som har forståelse for pasients situasjon, og stopper pasientene fra å gjennomføre selvmordsforsøk (Berg et al., 2020, s.5). Pasientene uttrykker et ønske om å bli anerkjent for deres lidelse fra helsepersonell ved forverring (Vandewalle et al., 2021), og trengte helsepersonell som har evne til å identifisere stadiet i selvmords prosessen (Vatne & Nåden, 2014). Individualisert behandling gir sikker klinisk praksis i forbindelse med;

medisiner, psykoterapi, hvile, isolasjon, faste holdepunkter og struktur i hverdagen, gruppeterapi, og aktiviteter (Berg et al., 2021, s.5)

Studien til Vatne & Nåden (2018) beskriver opplevelsen av ulike pleiekulturer hadde mye å si for pasientens oppfatning av omgivelsene på avdelingen. Pasientene verdsatte god atmosfære i pleiekulturen. I studien til Berg et al. (2020) betraktet pasientene at kjente og fortrolige relasjoner ga forutsigbarhet i helsesystemet. Dette inkluderer familie og sikkerhetsplaner, samt innleggelse på en kjent avdeling med kjent helsepersonell. Sikkerhetsplan eller kriseplan ble nevnt som et viktig behov i studiene til Berg et al. (2020), Hagen et al. (2018), og Vandewalle et al. (2021).

Pasientene hadde et behov for tilpasset praksis og beskyttelse fra suicidale impulser. Studien til Berg et al. (2020) beskrev at pasientene trengte en intern og ekstern kontroll. De hadde et behov for å bli skjermet fra omgivelser med stressfaktorer, uro og forpliktelser. Pasienten trengte helsepersonell som livreddere med tilstedeværelse og konstant observasjon. Noen pasienter trengte mer støtte og beskyttelse, mens andre trengte mer rom og fred. En viktig balansegang mellom avstand og nærhet (Berg et al., 2020).

4.1.2 Selvrealisering

Pasientene søker støtte for å fremme deres restitusjonsprosess. Støtte fra helsepersonell gjennom behandling og omsorg gjorde at pasienter gradvis klarte å ta del i egen "*recovery prosess*" (Hagen et al., 2018, s.7-8). Pasientene forbedret sin egen forståelse og evner til å snakke om personlige problemer. Dette blir beskrevet som en prosess med bedring av eksistensielle, rasjonelle og praktiske aspekter med livet (Hagen et al., 2018). I studien til Vandewalle et al. (2021) opplevde pasientene utvikling av personlige kapasiteter og ressurser med støtte fra sykepleiere. Pasientene fikk refleksjon, samt klarhet i tanker, og følelser knyttet til suicidale krisen.

4.1.3 Sosiale og psykologiske

Samtlige av artiklene viser til at pasientene hadde et behov for samtale. Pasientene trenger å bli møtt av noen som tar opp problemet (Vatne & Nåden, 2014). De hadde et behov for regelmessige samtaler og troverdige sykepleiere som respekterer faste avtaler (Vandewalle et al., 2021). "*Primary contact*" (Vatne & Nåden, 2018, s.8) og "*good connection with the care*

provider” ble nevnt i studie til (Hagen et al., 2018, s.5). Pasienten ønsket god tid til samtale. Deres problemer var veldig personlig, og pasientene klarer ikke å snakke komfortabelt med alle helsepersonell. Pasientene søker selskap for å føle seg trygge for å gå dypere inn i problemet og situasjonen. God kontakt og kjemi med helsepersonell “*companionship*” tillater pasientene å snakke fritt om deres lidelse og suicidalitet (Hagen et al., 2018, s.6). Pasientene ønsker en primærkontakt som har tillit og tro til dem (Vatne & Nåden, 2018, s.8).

I studien til Vandewalle et al. (2021) inviterer sykepleiere til samtale for å utforske underliggende problem. Pasientene var lettet over at sykepleiere spør direkte om selvmord. Pasientene følte seg trygge for å fortelle om ting, til tross for sårbarhet. De trengte emosjonell støtte og omsorg fra sykepleiere for å mestre egne følelser.

Direkte spørsmål fra spesialisert krise team ga pasienter refleksjoner over egen situasjon rett etter et selvmordsforsøk (Vatne & Nåden, 2018). I studie til (Vatne & Nåden, 2014, s.6) beskriver pasientene at det var positivt å få direkte spørsmål om selvmordstanker og planer. De trengte svar som kan hjelpe dem å snakke om vanskelige spørsmål og problemer. De får aldri snakket nok om selvmordsforsøk. Pasientene ønsket individualisert tilnærming fra helsepersonell. De foretrukket samtale om selvmordstanker framfor generelle råd (Berg et al., 2020). De hadde et behov for informasjon om medisin og oppfølgings konsultasjoner i behandlingen (Hagen et al., 2018).

4.1.4 Anerkjennelse og verdsetting

Resultatet fra de fem artiklene belyser at pasientene hadde et behov for å bli anerkjent og bekreftet i deres lidelse. I studien til Vatne & Nåden (2018) viser hvordan anerkjennelse kan fylle pasientenes behov. Bli forstått for deres lidelse lettet og lindret følelsen av ensomhet. Å bli forstått økte deres håp til å leve videre og økte deres samhold med andre. Gruppeterapi bygget relasjoner med andre pasienter og følelsen av å bli forstått. Følelsen av å ikke være alene og møte andre pasienter i samme situasjon ga følelsen av å være et normalt menneske og føle håpet (Vatne & Nåden, 2018).

Studien til Vandewalle et al. (2021) og Vatne & Nåden (2014) viser til at pasientene ønsker å bli møtt uten fordommer av helsepersonell. Dette omhandler å akseptere hverandres iboende verdi og bli møtt på samme premisser. To personer som snakker sammen om felles interesser «*not prisoner and jailer*” (Vatne & Nåden, 2014, s.8).

Pasientene søker en følelse av selskap for å føle seg trygge til å dele lidelsen og selvmordskrisen (Hagen et al., 2018). I studien til Berg et al. (2020) beskrives det at en trygg relasjon mellom pasient og helsepersonell skapte mer tillit enn kontroll. Dette innebærer å motta genuin omsorg og bli møtt på like vilkår (Berg et al., 2020). I sammenheng med studien til Vandewalle et al. (2021) følte pasientene seg ivaretatt med mellommenneskelig engasjement. Pasientene verdsatte sykepleiere som viste medlidenhet, støtte og genuin interesse. I studien til Hagen et al. (2018) var det klart at godt selskap “*companionship*” gjør at pasientene føler seg verdifull og unike (Hagen et al., 2018, s.6).

4.2 Sykepleie holdninger og handlinger

4.2.1 Positive pasient erfaringer

I studiene til Berg et al (2020) og Vandewalle et al (2021) kommer det frem hvilken følsomhet helsepersonellet innehar i møte med deltakerne. I studien til Berg et al. (2020) opplevde deltakerne at helsepersonell viste følsomhet for deres akutte suicidale tilstand, noe som reddet dem fra et forstående selvmordsforsøk. Det kommer frem at de som viste følsomhet ikke alltid var deltakernes kontaktperson. Deltakerne beskriver situasjonen som å «bli plukket opp» eller «bli lest» av noen som er klar over deres behov. De så på dem som individer, var årvåkne og var i stand til å se umiddelbare endringer i deres mentale tilstand. De kunne lese deres kroppsspråk, tegn på ustabilitet og tegn på abstinenser (Berg et al, 2020). Pasientene opplevde helsepersonell som livreddere: de la merke til alt og hørte alt:

«There is one nurse who reads me like an open book. She picked me up and managed to read me so clearly and get hold of me. Her presence prevented suicide...She says that she can see it my face, my eyes and my body posture and that I start tightening my fist» (Berg et al, 2020, s.5).

I studien til Vandewalle kommer det også frem at sykepleiernes følsomhet fikk pasientene til å føle seg hørt, og hindret enkelte til å forsøke selvmord. Pasientene kom lettere i kontakt med sykepleiere som hjalp dem med å uttrykke sine selvmordstanker, gjennom å formidle åpenhet ved å sette i gang, og invitere dem til samtaler. Sykepleiernes rette tilnærming gjorde til at flere pasienter følte seg lettet til å snakke om selvmord (Vandewalle et al, 2021).

I studiene til Vatne og Nåden (2014 & 2018) belyser deltakerne positive møter med forståelse og omsorg fra personalet. I studien til Vatne og Nåden (2014) forteller en ung deltaker hvordan han ble behandlet med forståelse og omsorg da han ble innlagt på akuttmottak etter overdose av Paracet:

«They listened. They said that they were here for me. And this would be solved if you'll get the help you need. Actually, they gave me a good, warm feeling» (Vatne & Nåden, 2014, s.6).

Samme deltaker beskriver hvordan en psykolog vurderte han før utskrivelse:

«They asked me directly. The psychiatrist made everything clear. What about friends, safety, family, a place to live? He wanted to know if I had all the safe elements required to manage the next days. If I hadn't had all this, they would have admitted me to hospital» (Vatne & Nåden, 2014, s.6).

I studien til Vatne og Nåden (2018) beskriver en ung mann hvordan han ble møtt på av sykepleierne som ga ham en god og varm følelse. Videre forteller en pasient som ringte en avdeling der han hadde vært innlagt tidligere;

«She talked to me for one and a half hours, 'but you are not calling the correct number now', she said. Being met by this caring person alleviated the despair and anxiety and seemed to strengthen him in his struggle for life» (Vatne & Nåden, 2018, s.9).

4.2.2 Negative pasient erfaringer

I studiene til Berg et al (2020), Hagen et al (2018) & Vandewalle et al (2021) belyses negative sider ved manglende tillit. I studien til Berg et al (2020) følte pasientene redusert tillit og anerkjennelse når kjent helsepersonell ikke var tilgjengelig. Helsepersonell som ikke kjente pasientene, klarte ikke å se svingninger i pasientens selvmordsadferd like godt. Mangel på tillit førte til at pasientene trakk seg vekk fra helsepersonell for å takle suicidale forverringene alene, eller søke anerkjennelse av medpasienter (Berg et al, 2020). I studien til Hagen et al (2018) kommer det frem at kjemien eller relasjonen med en psykisk helsearbeider ikke er

riktig. Pasienten ønsket ikke å henvende seg til helsearbeideren, på bakgrunn av manglende tillit, og følelsen av utrygghet.

Susan forklarer dette med:

«Yes, I would not tell it to my contact because I did not have good chemistry with him”. The mental health worker did not represent the safety and care she needed, and she therefore chose not to share her pain and suicidal experiences with that person” (Hagen, et al, 2018, s.5).

I studien til Vandewalle et al (2021) møtte pasienter sykepleiere som viste medfølelse, men som manglet kapasitet til å fremme helbredelse. Begrenset respons fra helsepersonell kan forsterke pasientens lidelse, gi negative selvoppfatninger og utløse mistillit (Vandewalle et al, 2021).

I studiene til Berg et al (2020) og Hagen et al (2018) belyste deltakerne møte med manglende anerkjennelse. I studien til Berg et al (2020) beskriver de at konstant observasjon blir oppfattet som invasiv, men deltakerne så denne praksisen som trygg og nødvendig. Observasjonen ble imidlertid opplevd som utrygg når pasientene hadde behov for tilknytning og anerkjennelse. Neglisjering av deres behov gir følelsen av å være overlatt på egenhånd og samtidig ignorert. Helsepersonell som kun sjekket om pasientene var i live eller oppførte seg som om de var *«guardians of a prison»* (Berg et al, 2020, s.7). I studien til Hagen et al (2018) belyses en manglende anerkjennelse fra sykepleieren som ikke svarte til Susan sitt behov:

« I said I had a very bad night and that I was worried in a way before I was going to bed. And then [the nurse] said ‘yes, it goes up and down for all of us in life, you know’. And then I tried to communicate that ‘I am really having a hard time now’, and then she said, ‘yes, but you have to think like [a Norwegian singer-songwriter], be an optimist” (Hagen et al, 2018, s.5-6).

I studiene til Vatne og Nåden (2014 & 2018) belyses ydmykende holdninger fra personalet. I studien til Vatne og Nåden (2014) forteller to yngre deltakerne om en skynd-deg holdning blant helsepersonell som personlig ydmykende. En av pasientene forteller om et møte med helsepersonell hvor vedkommende stakkarslig gjorde henne:

«In principle I don't think they meant anything bad by it. Well, I can see that in a very vulnerable situation, then things are experienced in a special way. To pity someone – feel sorry for someone – I don't like that. I felt that they pampered me, talked to me like I was a child, and ... a little sort of, 'poor little you'. That patronizing attitude, that poor-little-thing attitude, annoyed me» (Vatne & Nåden, 2014, s.8).

Følelsen av ydmykelse kunne også ses i lys når helsepersonell gjennomførte bagasjen for gjenstander, fratakelse av bukse belte, og kom på uanmeldte tilsyn (Vatne & Nåden, 2014). I studien til Vatne og Nåden (2018) viser de til en ydmykende opplevelse hvor en deltaker hadde vært under kontinuerlig tilsyn. Vedkommende ble vekket hvert 15 minutt, uten forvarsel. Pasienten ble ganske irritert på personalet. Denne deltakeren følte seg ydmyket og sa at han ikke likte personalet, bortsett fra en av primærkontaktene som ga ham følelsen av å være et likeverdig menneske (Vatne & Nåden, 2018).

5 Diskusjon

I dette kapittelet tar vi for oss integrativ litteraturoversikt som metode og diskusjon rundt funn fra de vitenskapelige artiklene, og litteratur som er benyttet for å belyse vår hensikt med oppgaven. Vi kommer til å trekke inn kvalitativ tilnærming, land og arena, forskernes bakgrunn, deltakere og etikk, og kildekritikk. Vi vil også ta med våre personlige erfaringer og refleksjoner i diskusjonen.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 kvalitativ metode

Vi valgte fem vitenskapelige artikler av kvalitativ tilnærming til å besvare oppgavens problemstilling. Ved bruk av kvalitativ metode vil vi ofte få dykket dypt inn i pasientenes opplevelser og meninger som ikke lar seg tallfeste eller måle. Samtidig vil dette gi oss en bedre forståelse av pasienters liv og følelser knyttet til det å være i en suicidal krise. Andersen (2017) beskriver mixed methods som innebærer å kombinere kvalitative og kvantitative tilnærminger for å få en mer komplett forståelse. Vi hadde et ønske om å finne relevante kvantitative artikler. Til tross for få resultater og ingen relevante, ble denne tanken valgt bort.

Likevel kan bruken av kun kvalitative artikler være en svakhet i oppgaven, da vi kunne fått en større bredde ved å inkludere kvantitative artikler. Til tross for hva Andersen forteller valgte vi å gå for kvalitative artikler. Samtidig ser vi også at Dalland (2020) beskriver at bruken av begge metodene bidrar til en bedre forståelse (Dalland, 2020, s.54).

5.1.2 Land og arena:

Under søkeprosessen valgte vi å avgrense artiklene våre til Europa da vi ønsket forskning fra land med likheter til det norske helsevesenet. Årsaken til en slik geografisk begrensning er på grunn av ulike kulturer som kan påvirke ulikheter i henhold til pasientens behov i suicidal krise. Vi eliminerte artikler av annet språk enn engelsk og norsk. Dette på grunn av misforståelser som kunne oppstå under vår tolkning av artiklene med annet språk. Noe som kan ha svekket arbeidet, er at vi har tolket noe feil i forhold til oversettelse av tekstene. Samtidig viser vi åpenhet for at viktige data fra artiklene ikke ble med under prosessen. For å kvalitetssikre vår tolkning, ble det brukt engelsk ordbok på ord vi var usikre på.

Vi gikk for fire norske artikler og en belgisk artikkel (Vandewalle et al., 2021), hvorav alle var skrevet på engelsk. Belgia er et vestlig land og kan muligens ha relativt lik kulturell forståelse for det å være i en suicidal krise. Videre ser vi innholdet i studien som tyder på likheter i forhold til kulturelle aspekter. Helsevesenet er i stadig utvikling og nyere forskning fremkommer. Vitenskapelige artikler er en ferskvare (Östlundh, 2017, s.77). Vi har derfor valgt å avgrense tidsbegrensningen til ti år.

5.1.3 Forskernes bakgrunn

I tre av artiklene ble det gitt en kort presentasjon av forfatterne i starten eller slutten av artiklene. I studiene til Vatne og Nåden, 2014 & 2018 kunne vi ikke se en presentasjon. Vi utførte en bakgrunnsjekk av forfatterne der vi søkte opp deres faglige bakgrunn. Samtlige av forskerne har en doktorgrad, med ulike grunnutdanning, hvorav sykepleiere, helsearbeidere, og psykologer. Samtlige har publisert flere artikler i anerkjente tidsskrift, og innehar en helsefaglig tilnærming og forståelse for faget.

5.1.4 Deltakere og etikk

Vi valgte i denne oppgaven å inkludere alle pasienter over 18år som har forsøkt selvmord, har alvorlige selvmordstanker, og er i suicidal krise. Samtidig har vi inkludert begge kjønn.

Begrunnelse for dette er at vi har personlige erfaringer i møte med disse. I studiene til (Berg et al., 2020; Hagen et al., 2018; Vandewalle et al., 2021; Vatne & Nåden, 2014; Vatne & Nåden, 2018), har de ulike inklusjonskriterier for pasientene som skulle delta.

I studien til Berg et al. (2020) var det 18 deltakere i studien, hvorav syv menn og elleve kvinner i alderen 18 – 57år. Inkluderte deltakere i studien var det pasienter med alvorlig selvmordsatferd og/eller selvmordstanker som var innlagt på åpne eller låste avdelinger for voksne inkludert.

I studien til Hagen et al., (2018) var det fem tidligere pasienter over 18år som hadde vært innlagt på voksenpsykiatrisk avdeling grunnet selvmordsforsøk eller hadde alvorlige selvmordstanker de siste 12 månedene. Deltakerne bestod av fire kvinner og en mann i alderen 33-54år. Samtidig kunne pasienter med flere innleggelser delta på grunn av tilbakevendende suicidalitet.

I studien til Vandewalle et al. (2021) var det flere inklusjonskriterier for å være med i studien, som alder mellom 18-65 år, snakke nederlandsk, innlagt på mentalt sykehus, og opplevd selvmordskrise siste 12 månedene. Av de elleve personene som deltok var alderen mellom 23-63år, hvorav fem menn og seks kvinner.

I studien til Vatne & Nåden (2014) ble pasienter med alvorlig suicidalitet som kunne verbalisere sine erfaringer inkludert. Det var ti deltakere i alderen 21-52år som bestod av fire kvinner og seks menn. Ni av deltakerne hadde utført selvmordsforsøk før intervjuet, og en hadde prøvd fire ganger den siste måneden.

I studien til Vatne & Nåden (2018) ble pasienter med selvmordsforsøk og i stand til å verbalisere seg inkludert. Studien bestod av fire kvinner i alderen 21-45år og seks menn i alderen 25-52år.

Fra tidligere praksis og yrkeserfaring har vi sett at denne pasientgruppen virkelig er i sårbar situasjon. Muligens kan dette innebære ulike endringer i deres livssituasjon, som for

eksempel; skilsmisse, alkohol- og rusproblemer, depresjon, angst og andre psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2021). På bakgrunn av det som er nevnt, var det et krav for oss at all pasientdata var anonymisert eller hadde fiktive navn. I studiene til (Berg et al., 2020; Hagen et al., 2018; Vandewalle et al., 2021), ble det utført semistrukturerte intervjuer. I de to førstnevnte studiene ble det brukt fiktive navn til sammenligning til sist nevnte, hvor pasientene ble anonymisert, og godkjent av etiske komiteer og sykehusdirektører. På bakgrunn av dette ser vi disse tre artiklene som etisk forsvarlig å bruke. I studien til Vatne & Nåden (2014), ble det brukt semistrukturerte intervjuer og i Vatne & Nåden (2018) brukt dybdeintervju. Vatne & Nåden, 2014 ble studien anbefalt av regional etisk komité for forskning, Helse Sør i Norge, og Personvern for forskning til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Vatne & Nåden, 2018, ble studien anbefalt gjennom regional komité for medisinsk forskning og Norsk samfunnsfagsdatatjeneste. I begge disse to studiene ble det gitt skriftlig samtykkeerklæring og tatt hensyn til konfidensialitet. På bakgrunn av dette ser vi disse to artiklene som også etisk forsvarlig å bruke.

5.1.5 Integrativ litteraturoversikt

Vi opplevde det å bruke integrativ litteraturoversikt som en nyttig metode for å samle litteratur som omhandler oppgavens hensikt. Vi har vært kritiske ved valg av litteratur, for å holde oss til det som er relevant. Det ble utført en grundig gjennomgang av de valgte artiklene. Samtidig mener vi at disse er tilstrekkelige for å besvare til vår hensikt. Vi er åpne for at forforståelsen kan ha farget vår tolkning, analyse og diskusjon av resultatene i oppgaven (Dalland, 2020, s. 60). Analysen ble gjort etter Fribergs analysemodell (2017) som beskrevet i metodekapittelet.

På grunn av tidsrammen og oppgavens omfang valgte vi fem studier i vår litteraturoversikt. Vi er åpne for at andre relevante artikler kan ha blitt ekskludert. To av de valgte studiene innehar samme forfattere, noe som muligens kan være en svakhet på grunn av forfatterens egne synspunkter kunne ha påvirket analysen av intervjuene og dermed resultatene. Bruken av litteraturoversikt som metode kan likevel være en utfordring. Som tidligere nevnt angående oversettelse til norsk kan resultatene blitt påvirket i form av begrensinger i oppgavens omfang.

5.2 Resultatdiskusjon

I dette delkapittelet diskuteres hovedfunnene fra hoved- og underkategorier i lys av teori, litteratur og egne refleksjoner.

5.2.1 Pasientbehov

Pasientene har behov for individualisert behandling og beskyttelse fra suicidale impulser. Sikkerhetsplan eller kriseplan fremkommer som et viktig behov for pasientene. Studie til Berg et al. (2020) belyser at kjente og fortrolige relasjoner ga forutsigbarhet i helsesystemet for pasientene. De har behov for å inkludere familie, sikkerhetsplaner, og innleggelse på en kjent avdeling med kjent helsepersonell. Ifølge nyere studier skal sikkerhetsplan ha en selvmordsforebyggende effekt (helsedirektoratet, 2021). Dette forklares nærmere av Lars Mehlum, psykiater, og leder av Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF). En sikkerhetsplan er et verktøy som hjelper suicidale personer å fokusere på hva de kan gjøre dersom selvmordstankene blir overveldende. *"Hvilke faresignaler de bør være oppmerksomme på, mestringsstrategier de kan bruke og hvem de kan kontakte av nære personer eller profesjonelle ved behov»* (Helsebiblioteket, 2021).

I studiene ser vi at samarbeidet om å gi pasienter i suicidal krise et godt tjenestetilbud i psykisk helsevern kan være en utfordring. På bakgrunn av pasientens helsetilstand, suicidale impulser, og individuelle behov. I kontekst med selvrealiseringsbehovet ser vi hvordan sykehusmiljøet kan både bidra og begrense pasientens selvstendighet og personlig vekst. Støtte fra helsepersonell gjennom behandling og omsorg førte til at pasienter gradvis klarte å ta del i egen *"recovery prosess"* (Hagen et al., 2018, s.7-8). Dette kan sammenlignes med en recovery orientert praksis, som handler om å støtte pasienter i sin bedringsprosess med vektlegging av selvbestemmelse og valgfrihet. Dette er en internasjonalt anerkjent behandlingsfilosofi i psykisk helse. WHO (2013- 2020) understreker behovet for *"recovery – based approach"* i sin Mental Health Action Plan (Borg & Karlsson, 2017, s.77). Tilfeller som kunne være med på å begrense pasientens autonomi er knyttet til sikkerhetsrutiner og ekstern kontroll fra helsepersonell. Til tross for konstant observasjon oppfattes som invasiv, mener fremdeles noen pasienter at denne praksisen er trygg og nødvendig (Berg et al., 2020). I psykisk helsevernlov skal helsehjelpen tilrettelegges med respekt for individets integritet og selvbestemmelsesrett (Psykisk helsevern lov, 1999, §1-1). Det kan diskuteres videre om prioritering av valgfrihet og egnene ønsker i behandlingsprosessen kan gå på bekostning av

sikkerheten og faren for selvmordsforsøk. Tilrettelegging av recovery i psykisk helsevern kan peke på en rekke faglige og etiske problemstillinger knyttet til sikkerhet.

De overordnede behovene i oppgaven vår er inndelt etter: trygghet og sikkerhet, selvrealisering, sosiale og psykologiske, anerkjennelse og verdisetting. Disse behovene var mest fremtredende i studiene. En felles svakhet med studiene er at det ikke legges mer vekt på behovet for å ivareta den fysiske helsen til suicidale pasientene. Pasienter kan ha både psykiske lidelser og kroppslige plager som helsepersonell skal ta hensyn til for god praksis. Sykepleierens ansvarsområde skal følge yrkesetiske retningslinjer for å ivareta faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (NSF, 2023).

5.2.2 Sykepleie holdninger og handlinger

Med utgangspunkt i pasientenes behov ser vi at samtlige artikler viser til positive og negative møter med helsepersonell på sykehus. Kompetente og engasjerte helsepersonell var viktig for pasienten. Sykepleierens kliniske skjønn og vurdering av selvmordsfare er basert på evidensbasert kunnskap (Vråle, 2018, s.48). Pasienterfaringer i studiene belyser hvordan helsepersonell forstår og tar hensyn til de individuelle behovene. Helsepersonell handler som livreddere og sanser hva pasientene trenger her og nå. De anerkjenner pasientene som suicidal ved akutt forverring. De leser dem som en åpen bok, hører og ser alt. De forstår deres kroppsspråk og endrer deres suicidale tankegang (Berg et.al, 2021). Sykepleieansvaret innebærer å ta vare på pasientene sine behov. Neglisjering av pasientbehov kan vurderes som et kvalitetsavvik for forsvarlig praksis. Mangel på kontakt og anerkjennelse fra helsepersonell gjør pasientene føler seg avvist og overlatt på egenhånd. Dette kan være skadelig for deres mentale helse og sikkerhet (Hagen et al., 2018). Måten helsepersonell viser mangel på anerkjennelse finnes det flere eksempler på i studiene. Helsepersonell som ikke har tid til å snakke om problemer eller bare gir ut sedative preparater for å løse problemet til pasienten. Etter vår erfaring vet vi at mangel på personell, tidspress og uforutsigbare situasjoner kan begrense pasients behov for helhetlig sykepleie og omsorg.

Pasientopplevelsen av å være i suicidal krise kan knyttes opp mot relevant teori fra Katie Eriksson (1995). I pleien møter vi tre forskjellige lidelser: sykdomslidelse, pleielidelse og livslidelse. De ulike formene for lidelse hver for seg kan gi dypere forståelse for hvordan en kan lindre smerten i de konkrete pleiesituasjonene (Eriksson, 2014, s.77). Faktorer som kan medvirke til selvmords trussel hos pasienter innen psykisk helsevern kan knyttes til psykisk

lidelse, behandling og bruk av tvang. I forbindelse med pleielidelse kan arbeidsmiljøet på sykehus skape en spenning mellom makt og tjeneste mellom sykepleier og pasient. Pasientene ønsker å bli møtt uten fordommer av helsepersonell. Dette handler om å akseptere hverandres iboende verdi og bli møtt på samme premisser. Der to personer som snakker sammen om felles interesser og «*not prisoner and jailer*» (Vatne & Nåden, 2014, s.8). Pasienter har alle ulik oppfatning på hva de opplever som god og dårlig tvang. Ekstern kontroll fra helsepersonell ga følelsen av trygghet i studie til Berg et al. (2020). De har behov for å bli skjermet fra omgivelser med stressfaktorer, uro og forpliktelser. Det handler om å holde pasientene fysisk tilbake fra impulser, vrangforestillinger og potensielle farer. I studie til Vatne & Nåden (2014) opplever pasientene følelse av ydmykelse og avmakt når helsepersonell gjennomfører bagasjen for gjenstander, fratakelse av belte, og uanmeldte tilsyn (Vatne og Nåden, 2014, s.8). Tvang på sykehus kan muligens komplisere tilliten mellom kontaktperson og pasient.

Det rapporteres at fokus på norske retningslinjer for selvmordsforebygging hjelper helsepersonell med mer kunnskap og forståelse. Pasientene verdsetter følelsen av “companionship” og sykepleiere med personlige kvaliteter og ekspertise (Hagen et al., 2018, s.6). I denne sammenheng ser man at regjeringen har utarbeidet en handlingsplan for forebygging av selvmord (2020-2025) med nullvisjon for selvmord i Norge. Regjeringen peker på en rekke tiltak som skal blant annet sørge for at psykisk helsevern har nok kompetanse for selvmordsforebygging. Et mål om kontinuitet i behandling og oppfølging av selvmordstruende kan ha betydning for helsehjelpen. Til tross for nullvisjon så er det ikke sikkert at alle selvmord kan forhindres. Muligens kan nullvisjon bety mer bruk av tvang og strengere sikkerhetsrutiner i psykisk helsevern. Nullvisjon setter strengere krav til helsepersonell i arbeidet med selvmordsforebygging (Helsedirektoratet, 2020).

Å bli anerkjent og bekreftet i deres lidelse beskrives som viktig behov fra samtlige artikler. I studien til Vandewalle et al. (2021) trenger pasientene emosjonell støtte og omsorg fra sykepleiere for å mestre egne følelser. Interaksjonsmodellen til Joyce Travelbee er opptatt av mellommenneskelige aspekter i sykepleien. Den understreker betydningen av å etablere et mellommenneskelig forhold mellom sykepleier og pasient (Kristoffersen, 2021, s.230-234). I sammenheng med studien til Vandewalle et al. (2021) kunne mellom menneskelig engasjement fra sykepleiere lindre pasientenes følelser for å bli akseptert og forstått.

Pasientene ble mer håpefulle til å mestre egne selvmordstanker. Pasientene verdsatte sykepleiere med omsorgsfulle tilnærminger som viser medlidenhet, støtte og genuin interesse. Med bakgrunn av studien til Vandewalle et al. (2019) sett fra et sykepleieperspektiv rapporteres det at mellom - menneskelig tilnærming fremmer pasients recovery og det terapeutiske potensialet. Forsking innen psykiatri tyder på at sykepleiere i liten grad finner nok tid til denne tilnærming. Sykepleiere forteller at de hovedsakelig må fokusere tiden sin på kontroll, rapportering og observasjon for å oppfylle kravet til nasjonale retningslinjer.

Tillit og relasjon er sentralt i samtlige av artiklene. Av personlige erfaringer opplever vi at det kan være vanskelig å starte en dialog med pasienter. Det tar tid å skaffe tillit og gode relasjon med pasienten. Noen kan være tilbaketrukket og avvisende, mens andre er inkluderende. Ofte etterspør pasientene primærkontakten sin for å inngå samtale. I studien til Hagen et al. (2018) blir kjemi i forhold til tilknytningen til helsepersonell nevnt. Hvor lang tid det tar før stiftelsen av gode relasjoner etableres har ingen av artiklene svar på, som muligens kan være en svakhet for studiene.

I studien til Hagen et al. (2018) blir det diskutert hvorvidt dialog om selvmords tema kan øke selvmordstanker og selvmordsrisiko hos pasienter. Behovet for samtale er vesentlig for at pasienten skal sette ord på sin lidelse. I studie til (Vatne & Nåden, 2014, s.6) bekrefter pasientene at det var positivt å få direkte spørsmål om selvmordstanker og planer.

Collaborative assessment and management of suicidality (CAMS) er en behandlings tilnærming som legger vekt på allianse og samarbeid (Vråle, 2018, s.73). Selvmordsrisikoen til pasienten utforskes i et samarbeid med terapeut ved at det fylles ut et selvmords-statuskjema (Suicid Stauts Form – SSF). Til sammenligning med studien til Berg et al. (2020) opplever pasientene en terapeutisk allianse med helsepersonell under kartlegging av selvmordsrisiko. Kjente og fortrolige relasjoner gir pasientene positive erfaringer i samarbeidene dialog. En av pasient deltagerne beskriver sin erfaring med at selvmords kartlegging kan føles som et avhør. Det å stille spørsmål med “tikk av bokser” om selvmordstanker, kan gi oppfattelsen av at deres personlige opplevelser av selvmordskrisen ikke føles like viktig. Retningslinjer og prosedyrer kan fungere som gode sjekklister for kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, men standardiserte lister kan muligens ikke forutsi et selvmord (Vråle, 2018, s.47). I samtale med pasienten kan en god relasjon tilstrebes

for å redusere pasientens opplevelse av ubehag og redusert egenverd. Pasientene setter pris på helsepersonell som gir grundig informasjon, lytter til deres synspunkter og setter av god tid. Samarbeidet om å gi pasienter i suicidal krise et helhetlig tilbud, kan være en utfordring. I sammenheng med psykisk helsevern lov (1999, §4-1), kan selvmords kartlegging gjøre det lettere å utarbeide en individuell plan for hver enkel pasient. Vi ser at tverrfaglig samarbeid med andre tjenesteytere og videreutvikling av kriseplan kan styrke tjenestetilbudet, og pasientbehandlingen. Dialoger med spesialisert krise team, verbale og skriftlige avtaler angående kriseplan er oppfattet som positivt av pasientene (Vatne & Nåden, 2018).

6 Anvendelse i praksis

Våre funn fra denne studien belyser deltakernes ulike behov og erfaringer under suicidal krise på sykehus. Pasientperspektivet på selvmordskrisen som fenomen, gjør det enklere å forstå omfanget av pasientens behov. Pasientenes krisetilstand, problemer og eksistensielle tanker imøtekommes av helsepersonell sin omsorgsfulle tilnærming og intervensjoner. Pasientene verdsetter kompetente og engasjerte helsepersonell fremfor sikkerhetsrutiner og konstant observasjon. Relasjoner er avgjørende for å kunne inngå i dialog og samarbeid med pasienter i selvmordskrisen. Betydningsfulle møter med helsepersonell er knyttet til gode pleiekulturer og holdninger på de ulike avdelingene. De negative møtene relateres til manglende tillit, anerkjennelse, og følelse av ydmykelse i situasjoner. Sikkerhetsrutiner og ekstern kontroll fra helsepersonell kan komplisere sykepleie – pasient – relasjonen. Fra de negative møtene ser vi et forbedringspotensial på helsepersonellens holdninger. Til tross for ulike behov og erfaringer blant deltakerne i suicidal krise, ser vi at en individualisert tilnærming kan vise mer medmenneskelighet enn en standardisert tilnærming. Gjennom denne oppgaven ser vi endring av vår forforståelse og ser på suicidale kriser med nye øyne og kunnskap. Her er noen av våre forslag til videre praksis og forskning.

- Regjeringens nullvisjon er en strategi som kan kreve individtilpasning (Helsedirektoratet, 2020). Trygg klinisk praksis for pasienter i selvmordskrise kan være vanskelig å standardisere til en nullvisjon. Det er en felles forståelse at selvmordsforebygging er komplekst og krever stor fleksibilitet. Alle mennesker er forskjellige og har ulike behov. Forbedring av sikkerheten i det komplekse helsesystemet er krevende. Pasienter i suicidale kriser kan være sårbare i perioden etter utskrivelse fra sykehus. Felles visjoner og verdier i helsesystemet er viktig for

å imøtekomme pasientens behov. Samarbeidet om å gi pasientgruppen et godt tjenestetilbud er utfordrende, men ikke umulig. Sykepleiere og helsepersonell trenger sterke støttesystemer, kompetanseløft, ekspertise og fleksibilitet til å tilpasse behandlingen.

- Refleksjonsgrupper: Helsepersonell reflekterer over egen praksis, holdninger, pasientsituasjoner og dilemmaer som kan oppstå i møte med pasienter i suicidalkrise. Det bør legges til rette for at flest mulig av personalet får være med på dette. Dette kan muligens være med på å forbedre hver enkel sin praksis.
- Fremtidens forskning om selvmordskriser bør undersøke effektive tiltak som kan bidra til recovery for pasientene. Det kan være aktuelt å samle informasjon fra både kvalitativ og kvantitativ forskning med evidensbaserte synsperspektiver fra sykepleiere, helsepersonell og pasienter. Fokus på sykehusmiljøet og realisering av recovery prosess kan ha helsefremmende effekt på pasientene.

Referanser

Andersen, J. (2017). «Mixed methods»- design i helseforskning. *Sykepleien*, 105, e-64738. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2017/12/mixed-methods-design-i-helseforskning>

Berg, S. H., Rørtveit, K., Walby, F. A., & Aase, K. (2020). Safe clinical practice for patients hospitalised in mental health wards during a suicidal crisis: Qualitative study of patient experiences. *BMJ Open*, 10(11), e040088. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040088>

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg, s. 53-64). Gyldendal akademisk.

Eriksson, K. (2014). *Det lidende menneske* (2. utg.). Munksgaard.dk

Folkehelseinstituttet. (2022, 16. november). *Selv mord i Norge*. <https://www.fhi.no/he/folkehelserapporten/psykisk-helse/selv-mord-i-norge/?term=>

Friberg, F. (Red.) (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red), Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten (3. utg, s. 129-151). Studentlitteratur.

Hagen, J., Knizek, B. L., & Hjelmeland, H. (2018). Former suicidal inpatients' experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 13(1), 1461514. <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1461514>

Helsebiblioteket (2013, 14. feb). *CINAHL tilgjengelig i Helsebiblioteket*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/nyheter/cinahl-tilgjengelig-i-helsebiblioteket>

Helsebiblioteket (2021, 09. mars). *Sikkerhetsplan – en metode som har selvmordsforebyggende effekt (NAPHA)*. Tilgjengelig fra

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/psykisk-helse/psyknytt/sikkerhetsplan-en-metode-som-har-selvmordsforebyggende-effekt-napha>

Helsedirektoratet (2021, 12. oktober). *Selvordstanker og selvmord*. Tilgjengelig fra

<https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/selvordstanker-og-selvord/>

Helsedirektoratet (2020. 10. september). *Handlingsplan for forebygging av selvmord – 2020-2025- ingen å miste*. Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/ef9cc6bd2e0842bf9ac722459503f44c/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selvord-2020-2025.pdf>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=hpl>

Johansen Dymbe, K., Siqveland, J., & Mehlum, L. (2023). En litteraturgjennomgang og vurdering av retningslinjer for behandling av villet egenskade. *Suicidologi*, 28(2).

<https://doi.org/10.5617/suicidologi.10546>

Karlsson, K. & Borg, M. (2017). *Recovery - tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Kildekompasset. (u.å). *Kildekritikk*. Hentet 07. desember 2023 fra

<https://kildekompasset.no/kildekritikk/>

Kristoffersen, N. J., (2021). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red), *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon*. (4.utg, s.251-257). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Norsk sykepleierforbund (2023, 21. november). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/sites/default/files/2023-11/yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleie.pdf>

Skårderud, F, Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2018). *Pykiatriboken*. (2. utg.). Gyldendal Akademisk

Snakkomselvord. (2023). *Selvordskriser*. Hentet 01.11.23 fra <https://www.snakkomselvord.no/selvordskrise/>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient-og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pbrl>

Psykisk helsevernlov. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=phvl>

UNRIC (2020, 10. september). *Ett selvmord hver 40. Sekund*. Forente Nasjoner. <https://unric.org/no/verdensdagen-for-selvordsforebygging/>

Vandewalle, J., Beeckman, D., Van Hecke, A., Debyser, B., Deproost, E., & Verhaeghe, S. (2019). Contact and communication with patients experiencing suicidal ideation: A qualitative study of nurses' perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 2867–2877. <https://doi.org/10.1111/jan.14113>

Vandewalle, J., Van Hoe, C., Debyser, B., Deproost, E., & Verhaeghe, S. (2021). Engagement between adults in suicidal crises and nurses in mental health wards: A qualitative study of

patients' perspectives. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(5), 541–548.

<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.07.011>

Vatne, M., & Nåden, D. (2014). Patients' experiences in the aftermath of suicidal crises.

Nursing Ethics, 21(2), 163–175. <https://doi.org/10.1177/0969733013493218>

Vatne, M., & Nåden, D. (2018). Experiences that inspire hope: Perspectives of suicidal

patients. *Nursing Ethics*, 25(4), 444–457. <https://doi.org/10.1177/0969733016658794>

Vråle, G. B. (2018). *Møte med det selvmordstruende mennesket* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3 utg., s. 59-82). Studentlitteratur.

Vedlegg

Vedlegg 1: Søkelogg

| Søkedato | Database | Søkeord og ordkombinasjoner | Avgrensninger | Antall treff | Leste abstrakt | Leste artikler | Antall valgte artikler |
|----------|----------|--|---|--------------|----------------|----------------|------------------------|
| 27.10.23 | PubMed | Clinical practice* AND suicidal Crisis* | 2013-2023 Free full text Engelsk Humans | 61 | 4 | 2 | 1 |
| 27.10.23 | Cinahl | Suicide attempts or attempted suicide AND hope | 2013-2023 Peer reviewed. Academic journals Europa | 17 | 3 | 2 | 1 |
| 28.10.23 | Cinahl | Suicide attempt or attempted AND practice AND mental Health. | 2013-2023 Peer Reviewed Europa Academic journals | 23 | 3 | 2 | 0 |
| 31.10.23 | Cinahl | Suicidal crisis AND mental Health AND adults | 2013-2023 Peer Reviewed Academic Journals | 12 | 1 | 1 | 1 |
| 01.11.23 | Cinahl | Communication* AND experiencing AND suicide | 2013-2023 Peer reviewed. Academic Journals Engelsk | 23 | 3 | 2 | 1 |
| 01.11.23 | Cinahl | Suicidal patients* AND | 2013-2023 | 11 | 2 | 2 | 1 |

| | | | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|--|--|--|--|--|
| | | experiences* AND treatment* | Peer reviewed. Academic Journals Engelsk | | | | |
|--|--|-----------------------------------|--|--|--|--|--|

Vedlegg 2: Litteratormatrise

| Artikkel 1 | |
|---|--|
| Forfatter(e), årstall, tidsskrift og land | Berg, S. H., Rørtveit, K., Walby, F. A., & Aase, K. 2020 <i>BMJ Open</i> , Stavanger University Hospital, Norway |
| Artikkeltittel | Safe clinical practice for patients hospitalised in mental health wards during a suicidal crisis: Qualitative study of patient experiences |
| Hensikt | Hensikten med studien var å utforske hvordan suicidale pasienter opplever trygg klinisk praksis under innleggelse på psykiatriske avdelinger i Norge. |
| Perspektiv (Sykepleier/pasient/pårørende) | Pasientperspektiv |
| Metode og analyse | Kvalitativt design med en hermeneutisk tilnærming basert på semistrukturerte individuelle intervjuer. |
| Utvalg/populasjon | 18 pasienter deltok, disse var innlagt på en spesialisert psykiatrisk avdeling for voksne ved et norsk sykehus grunnet selvmordsatferd og/eller selvmordstanker. Inklusjon: - Være i en suicidal krise Eksklusjon: - Innlagt med ikke suicidal selvskade |
| Hovedfunn/resultat | Pasienter i selvmords krise opplevde trygg klinisk omsorg på bakgrunn av følgende tre temaer: (Nr1.) Anerkjent som suicidal ved akutt forverring, (Nr2.) Skreddersydd/individualisert behandling, (Nr3.) Beskyttet av tilpasset praksis. |
| Artikkel 2 | |
| Forfatter(e), årstall, tidsskrift og land | Hagen, J., Knizek, B. L., & Hjelmeland, H. 2018 International Journal of Qualitative studies on Health and Well-being. Norge |
| Artikkeltittel | Former suicidal inpatients' experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway |
| Hensikt | Hensikten med studien var å utforske hvordan tidligere suicidale innlagte pasienter opplevde behandlingen og omsorg ved psykiatriske avdelinger i Norge etter implementeringen av nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. |
| Perspektiv (Sykepleier/pasient/pårørende) | pasientperspektiv |

Kandidatnummer: 1891 og 1892

| | |
|---|--|
| Metode og analyse | Kvalitativ studie. Datainnsamling gjennom individuelle og semistrukturerte intervjuer. Analyserte materialet ved hjelp av tolkningsfenomenologisk analyse. |
| Utvalg/populasjon | Fem deltagere herav fire kvinner og en mann i alderen 33-54 år, tidligere innlagt på psykiatriske avdelinger grunnet selvmordsforsøk eller hadde alvorlige selvmordstanker de siste 12 månedene. |
| Hovedfunn/resultat | Pasientene hadde mere positive enn negative opplevelser. (1). De søker en følelse av selskap for å føle seg trygge til å dele lidelse og suicidalitet. (2). De søker individualisert behandling og omsorg for å føle seg anerkjent som en verdifull person. (3). De søker støtte for å fremme deres recovery prosess. |
| Artikkel 3 | |
| Forfatter(e), årstall, tidsskrift og land | Vandewalle, J., Van Hoe, C., Debyser, B., Deproost, E., & Verhaeghe, S. 2021 <i>Archives of Psychiatric Nursing</i> Belgia |
| Artikkeltittel | Engagement between adults in suicidal crises and nurses in mental health wards: A qualitative study of patients' perspectives |
| Hensikt | Målet med studie var å forstå hvordan pasienter i selvmordskrise opplever samhandling med sykepleiere på psykiatrisk sykehus |
| Perspektiv (Sykepleier/pasient/pårørende) | Pasientperspektiv |
| Metode og analyse | Kvalitativ studie. Semistrukturerte intervjuer ble brukt. Dataene ble analysert av flere forskere ved hjelp av sammenligning, koding og notatskriving. |
| Utvalg/populasjon | Elleve voksne pasienter deltok, hvorav fire kvinner og seks menn. Disse var sykehusinnlagte som gjennomgikk selvmordskriser. Inklusjonskriterier: - Alder 18-65år - Snakke nederlandsk - Innlagt på mentalt sykehus - Opplevd selvmordskrise siste 12 månedene. |
| Hovedfunn/resultat | Følelsen av "mellommenneskelig engasjement" var kjerneprosessen i studien, som understøttet to kategorier: (1). Trygghet og ivaretagelse samtidig som tillit var vanskelig å oppnå. (2). Jobbe mot lindring og endring av selvmordstanker. |
| Artikkel 4 | |
| Forfatter(e), årstall, tidsskrift og land | Vatne, M., & Nåden, D. 2014 <i>Nursing Ethics</i> Norge |
| Artikkeltittel | Patients' experiences in the aftermath of suicidal crises. |
| Hensikt | Hensikten med studie var å beskrive suicidale pasienters opplevelser i møte med helsepersonell. |
| Perspektiv (Sykepleier/pasient/pårørende) | Pasientperspektiv |

Kandidatnummer: 1891 og 1892

| | |
|---|--|
| Metode og analyse | Kvalitative forskingsintervjuer ble utført. Datasamling var analysert og tolket ved hjelp av en hermeneutisk tilnærming. |
| Utvalg/populasjon | Studie inkluderte ti personer. Deltagerne besto av fire kvinner og seks menn i alderen 21-52 år. Inklusjon: <ul style="list-style-type: none"> - alvorlig suicidalitet - verbalisere sine erfaringer Eksklusjon: <ul style="list-style-type: none"> - psykotisk |
| Hovedfunn/resultat | Gjennom en tematisk analyse ble det presentert tre viktige temaer: (a) En opplevelse av åpenhet og tillit i motsetning til mangel på det. (b) Å bli møtt av noen som tar opp problemet versus å ikke ta opp problemet. (c) Å bli møtt på like vilkår i motsetning til å bli ydmyket. |
| Artikkel 5 | |
| Forfatter(e), årstall, tidsskrift og land | Vatne, M., & Näden, D. 2018 <i>Nursing Ethics</i> Norge |
| Artikkeltittel | Experiences that inspire hope: Perspectives of suicidal patients. |
| Hensikt | Studien har fokus på pasienters opplevelser etter selvmordsforsøk. Den utforsker hva pasientene beskriver som meningsfull hjelp i omsorgs- og behandlingssituasjoner. |
| Perspektiv (Sykepleier/pasient/pårørende) | pasientperspektiv |
| Metode og analyse | Kvalitativ studie, med dybdeintervju. Funnene er kommet frem gjennom en tematisk analyse av forskningsspørsmål, ved bruk av Gadammers hermeneutikk. |
| Utvalg/populasjon | Totalt ti deltagere i studien. Fire kvinner i alderen 21-45år, og seks menn i alderen 25-52 år. Disse ble anmodet om å delta av psykologiske spesialister ved to akuttpsykiatriske avdelinger. Inklusjon: <ul style="list-style-type: none"> - alvorlige selvmords tendenser - selvmordsforsøk - verbalisere sine erfaringer Eksklusjon: <ul style="list-style-type: none"> - psykotisk |
| Hovedfunn/resultat | Metodikken var basert på tre temaer: (1) Opplevelse av håp gjennom møter, (2) Opplevelse av håp gjennom atmosfære av visdom og (3) Opplevelse av håp ved å ta tilbake ansvar. |