

BSYBAC-5 – Selvstendighet og ansvar i sykepleie

Bacheloroppgave

Selvmondsforebyggende tiltak i direkte arbeid med selvmordstruede



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger/5. mai 2022

Kandidatnummer 5167 og 5307

Sammendrag

Selv mord er en stor utfordring i samfunnet, og det finnes en nasjonal plan for selvmordsforebygging. Planen omhandler ikke tiltak på individnivå, foruten risikokartlegging. Dette er en alvorlig mangel. Både pasienter og fagpersonell viser til liknende fenomener for recovery fra selvmordstruet tilstand; vi presenterer en modell med seks hovedkategorier som må være til stede i interpersonlig selvmordsforebyggende arbeid.

Bakgrunn

Som fremtidige sykepleiere som ønsker å arbeide innen psykiatrien, vil vi møte selvmordstruede pasienter. Det er viktig å vite hvordan man best skal møte pasientgruppen, og hva som har effekt. Dersom selvmordstruede ikke møtes riktig, kan det føre til redusert livskvalitet, og i verste fall tap av liv.

Hensikt

Gi oversikt over tiltak som kan hjelpe selvmordstruede pasienter, til bruk i interpersonlig selvmordsforebyggende arbeid.

Metode

Det ble utført en integrativ litteraturoversikt av fire kvalitative forskningsartikler. Kvalitativ litteraturanalyse, i kombinasjon med sentrale teoretiske perspektiver, utgjør grunnlaget for å belyse problemstillingen.

Resultater

Recovery fra selvmordstruet tilstand krever at sykepleier utvikler en god relasjon og sosial tilknytning med pasienten, ved å etablere en støttende arbeidsallianse og tilby individualisert behandling. Målet må være å fremme håp. Det bidrar til at pasienten klarer å gjenopprette evnen til å styre eget liv, og kan finne nye måter å mestre livet på. Forutsetningene for å få til dette er et godt teamarbeid og tilpasningsdyktig personale.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING.....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2 Presentasjon av problemstillingen	5
1.3 Hensikt	6
1.4 Begrepsavklaringer	6
1.4.1 <i>Selvordstruet</i>	6
1.4.2 <i>Selvordsforebyggende arbeid</i>	6
2.0 TEORI.....	7
2.1 Håp og håpløshet.....	7
2.2 Personlig recovery	8
2.3 Mellommenneskelige forhold	8
3.0 METODE.....	10
3.1 Metodevalg	10
3.2 Søkeprosess.....	10
3.2.1 <i>Valg av database</i>	10
3.2.2 <i>Valg av søkeord</i>	11
3.2.3 <i>Valg av forskningsartikler</i>	11
3.3 Analyse	12
4.0 RESULTATER	13
4.1 Personlig recovery	14
4.1.1 <i>Relasjonsarbeid</i>	14
4.1.2 <i>Selvrefleksjon for å påkoples livet</i>	14

4.1.3	<i>Kontroll over egen livshistorie.....</i>	15
4.2	Arbeidsallianse.....	15
4.3	Sosial tilknytning	16
4.3.1	<i>Tillitsfulle relasjoner gir trygghet.....</i>	16
4.3.2	<i>Personlig kjemi som vei til åpenhet</i>	17
4.3.3	<i>Oppnå kontakt med seg selv for å tilknyttes andre</i>	17
4.3.4	<i>Relasjonssikkerhet.....</i>	18
4.4	Individualisert behandling	18
4.4.1	<i>Forskjellig faglig tilnærming til individualisering av behandling.....</i>	18
4.4.2	<i>Terapeutisk samtale fremfor skjemabruk</i>	19
4.4.3	<i>Individualisering og kriseplan</i>	19
4.4.4	<i>Å bli verdsatt</i>	19
4.5	Tilpasningsdyktig personalgruppe	20
4.5.1	<i>Gjensidig støtte og tillit for å håndtere usikkerhet.....</i>	20
4.6	Teamarbeid	20
5.0	DISKUSJON.....	22
5.1	Metodediskusjon	22
5.1.1	<i>Artiklenes validitet og reliabilitet.....</i>	22
5.1.2	<i>Artiklenes hensikt</i>	23
5.1.3	<i>Artiklenes metode.....</i>	24
5.1.4	<i>Variasjon i begrepsbruk og geografisk beliggenhet.....</i>	24
5.2	Resultatdiskusjon	25
5.2.1	<i>Etikk og jus i selvmordbehandling</i>	26

5.2.2 <i>Å bidra til avmakt og tap av håp</i>	27
5.2.3 <i>Pasientsentrert tilnærming</i>	29
5.2.4 <i>Trygg klinisk praksis</i>	34
6.0 KONKLUSJON	36
REFERANSELISTE	38
VEDLEGG	0

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

En stor andel av helsepersonell som arbeider med mennesker i krise, vil i løpet av yrkeslivet oppleve å miste en pasient i selvmord (Vråle, 2018). I Norge dør omkring 500-600 mennesker i selvmord hvert år (Helse og omsorgsdepartementet, 2020. Heretter: HOD). På et tidspunkt i livet, vil 9,2% av alle mennesker ha opplevd alvorlige selvmordstanker. Ca. 3,1% legger konkrete planer, og 2,7% gjennomfører selvmordsforsøk (Erlangsen et. al. 2020). Ifølge HOD (2020) har nesten halvparten av mennesker som dør av selvmord i Norge vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten i løpet av sitt siste leveår, og det foreligger forskjeller når det kommer til hvordan institusjonene vurderer og følger opp pasientene.

Erlangsen et.al. (2020) skriver at selvmord og selvmordsforsøk har store negative ringvirkninger for pårørende og pasientenes sosiale nettverk. I tillegg følger samfunnsøkonomiske utfordringer mtp. tapt produktivitet og behandlingstkostnader. Å redusere antall selvmord er i Norge et viktig helsepolitisk mål, og det finnes en egen statlig handlingsplan for forebygging av selvmord (HOD, 2020).

1.2 Presentasjon av problemstillingen

Innledende mål med litteraturgjennomgangen var å undersøke og forstå sykepleieres erfaringer med og forståelse av arbeid med selvmordstruede pasienter. Datasøket ledet oss til det endelige forskningsspørsmålet: *“Hvordan kan sykepleier jobbe selvmordsforebyggende med selvmordstuede pasienter?”*, og åpnet for å undersøke litteraturen om personalets erfaringer og pasienters opplevelser av hva som fungerte. Tosidig fokus på problemstillingen gav en mer helhetlig forståelse, og mulighet til å identifisere effektive strategier til bruk i klinisk praksis.

1.3 Hensikt

Hensikten er å undersøke hvordan sykepleier kan arbeide selvmordsforebyggende med selvmordstruede pasienter. Litteraturanalysen gir kunnskap om elementer som er sentrale i det praktiske og pasientnære, forebyggende arbeidet. Fokus har vært å skape oversikt over forebyggende tiltak sykepleier kan utøve for å hjelpe selvmordstruede pasienter. På den måten kan vi selv bidra til konsekvent og trygg klinisk praksis, ettersom vi begge ønsker å jobbe i psykiatritjenesten.

1.4 Begrepsavklaringer

1.4.1 Selvmordstruet

Vråle (2018) skriver at en selvmordstruet person er i en situasjon der det er grunn til å frykte at de vil ta sitt eget liv. Personen kan planlegge eller tenke på å ta sitt eget liv for å løse problemer. Å si at personen er *truet* av selvmord indikerer at selvmord utgjør en "trussel mot personens liv og eksistens". Vi forholder oss til begrepsdefinisjonen "selvmordstruet" gjennom hele teksten, ettersom det oppleves som best beskrivende for hva mennesker gjennomgår når de står i fare for å ta sitt eget liv.

1.4.2 Selvmordsforebyggende arbeid

Forebyggende arbeid bør bestå av vitenskapelig dokumenterte intervensjoner, og ta utgangspunkt i evidensbasert kunnskap (Erlangsen et al., 2020). Selvmordsforebyggende tiltak kan deles i tre kategorier: 1. Universelle forebyggende tiltak som er rettet mot hele befolkningen. 2. Selektive forebyggende tiltak som fokuserer på risikogrupper. 3. Indikerende forebyggende tiltak som er rettet mot personer som er direkte selvmordstruet (Erlangsen et al., 2020). En av de viktigste tiltakene for sistnevnte gruppe vil være akutt innleggelse for å avverge selvmordshandlinger (Erlangsen et al., 2020). Bugge (2018) skriver at alle pasienter må få tilpasset individuell behandling for å forebygge selvmord, som tilsier at klinisk praksis *krever* tilpassing av innsats etter individuelle vurderinger.

2.0 Teori

2.1 Håp og håpløshet

Håkonsen (2018) skriver at *håpløshet alltid preger en selvmordstruet person*. Håp er grunnleggende for å skape mening i livet, og må være til stede for at man skal kunne mobilisere krefter og motstand til å mestre vanskeligheter og sykdom. Det vises spesifikt til Antonovskys forutsetninger for å oppleve håp: 1. Man må oppleve *at livet er meningsfylt og har betydning*. 2. Man må oppleve mulighet for *kontroll over eget liv*. 3. Man må oppleve at utfordringene er *verdt å engasjere seg i*.

Håkonsen skriver at selvmordstruede kan være preget av opplevd mislykkethet, tapfølelse, tristhet, ensomhet, opplevelse av å ha sviktet, føle seg forlatt, og skamfølelse. Dette er forenelig med Travelbees (2001) beskrivelse av håpløshet: Mennesker uten håp tror egentlig ikke forandring er mulig, og har vansker med å se for seg alternativer og valgmuligheter. Problemene føles overveldende, og motivasjon eller initiativ til å klare å gjennomføre endringer kan mangle. Personen føler seg hjelpeløs; mestringsforsøk oppleves nytteløst.

Travelbee (2001) skriver at *sykepleie ved håpløshet innebærer å opprettholde håp og unngå håpløshet*, via kvalifisert og medfølende omsorg. Sykepleier kan legge til rette for opplevelse av håp ved å være tilgjengelig og villig til å hjelpe - f.eks. ved å lytte til pasienten, og være oppmerksom på psykiske og fysiske plager. Sykepleier må bli kjent med pasienten via samtale; observere og kommunisere, og være lydhør for pasientens opplevelser og ønsker. Det må så langt det er mulig legges til rette for at pasienten får uttrykke sine preferanser og ta egne valg. Tankegangen er forenelig med recoveryperspektivet, omtalt herunder.

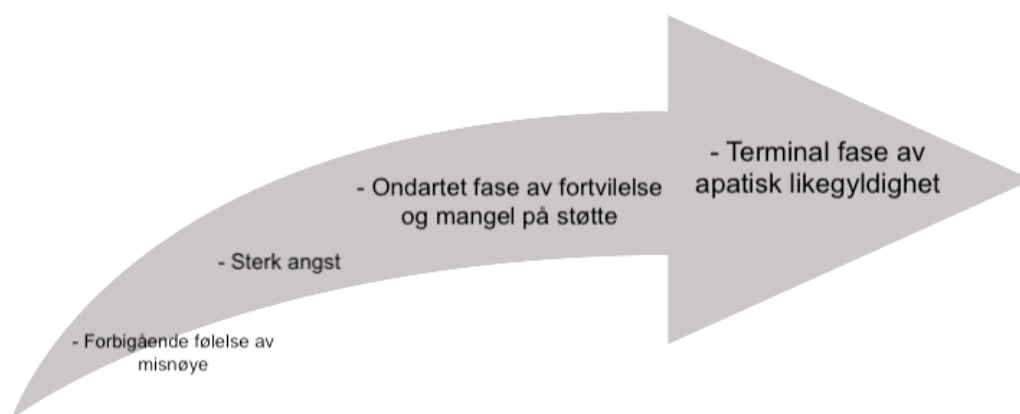
2.2 Personlig recovery

Roper et al. (2020) beskriver personlig recovery som et bredt begrep av sentral betydning for alle mennesker. Det handler ikke om å bli “kureret”, men om å leve et godt liv, med eller uten symptomer. Dette innebærer å ha styring over eget liv, håp for fremtiden, å dra nytte av sosiale livsbetingelser som gjør det mulig å bli inkludert og delta i samfunnet, og å oppleve personlig vekst. Når recoverybegrepet nevnes senere i oppgaven, er det med bakgrunn i denne forståelsen.

2.3 Mellommenneskelige forhold

Travelbees (1971) menneske-til-menneske-forhold modell (heretter: H2H - "Human-to-Human Relationship Model") omhandler *fire stadier av lidelse* (se figur 1).

Mellommenneskelige forhold bidrar til recovery fra selvmordstruet tilstand, ved å hjelpe pasienter med å finne mening i lidelsen og fremme håp.



Figur 1. Travelbees firefasekontinuum av lidelse. Egenillustrert figur. Kilde: Jones et al. (2011)

Første nivå viser til *et enkelt, forbigående, mentalt eller fysisk ubehag*, og kan inkludere situasjoner der noe har gått galt i livet. Denne typen lidelse er kortvarig, og utvikler seg vanligvis ikke.

Andre nivå er *sterk angst som kan oppstå på grunn av en mer alvorlig stressfaktor*.

Dette kan utløse sterke følelsesmessige reaksjoner, og føre til at det tredje stadiet starter dersom lidelsen ikke blir tilstrekkelig behandlet.

Tredje nivå er relatert til *fortvilelse og mangel på støtte*, som oppstår når psykologiske reaksjoner er langvarige og forårsaker betydelig lidelse og opplevd håpløshet.

Uten intervensjon kan siste nivå av lidelse trigges. Fjerde nivå er preget av at individet opplever *fullstendig håpløshet, og mister viljen til å leve*. Dette er en mellommenneskelig nødsituasjon som krever umiddelbar intervensjon, for at utviklingen av apatisk likegyldighet skal kunne reverseres - og ikke forårsake ytterligere nød og lidelse (Travelbee, 1971).

3.0 Metode

Herunder gir vi detaljert og oversiktlig oppsummering av metodevalg, søkestrategi, utvelgelsesprosess og analyse av utvalgte artikler. Dette gir klar innsikt i datautvinningen og den kvalitative synteseprosessen, og gjør reproduserbarhet mulig.

3.1 Metodevalg

Det ble utført integrativ litteraturoversikt av fire fagfellevurderte kvalitative studier, etter Fribergs modell (Friberg, 2017). Datareduksjon gjorde det mulig å identifisere artiklenes nøkkelfunn; dette ble gjort to ganger for å sikre at analyseresultatene var nøyaktige. Vi laget oversiktstabell over dataene (vedlegg, tabell 3). Deretter sammenliknet vi datasettene med fokus på likheter og ulikheter. Resultatene ble syntetisert til en ny helhet bestående av seks hovedkategorier. Disse kategoriene utgjør grunnlaget for en ny modell over selvmordsforebyggende tiltak i direkte arbeid med selvmordstruede.

3.2 Søkeprosess

3.2.1 Valg av database

Litteraturgjennomgangen baserte seg på et relativt begrenset antall databaser grunnet bacheloroppgavens begrensede omfang. I en større oppgave kunne det vært mer fordelaktig å gjennomføre et mer omfattende søk. Bruk av flere forskningsartikler kunne utlignet den potensielle risikoen for skjevhet i de inkluderte studiene (Baloyi, 2016). Forskjellige søk ble utført i forskjellige databaser, ettersom databasene er strukturert annerledes (vedlegg, tabell 1).

Søk ble foretatt i CINAHL, PubMed, Idunn, og Swemed+, da databasene inneholder forskning som er relevant for helsefeltet og sykepleierfaget. I tillegg ble det gjort kontrollsøk i Oria, hvor vi fant to av artiklene som analyseres – disse kom ikke opp i database-søkene

men følger alle utvelgelseskriteriene og er direkte relatert til problemstillingen. Swemed+ og Idunn ble ekskludert, da det ikke forekom relevante resultater. Søk i CINAHL og PubMed returnerte flere relevante artikler; etter utvelgelsesprosessen sto vi igjen med én artikkel fra hver av dem.

3.2.2 Valg av søkeord

PICo søkemetode for kvalitative søk ble brukt for å gjøre søket tydelig og presist (vedlegg, tabell 5). Med utgangspunkt i problemstillingen ble det forhåndspresisert søkeord innordnet under kategoriene "populasjon" (**P**opulation), "fenomen av interesse" (**P**henomena of **I**nterest), og "sammenheng eller distinktive karakteristika" (**C**ontext) (Munn, 2018).

Søk ble gjort på norsk og engelsk, for finne nok relevante artikler. Vi brukte Boolean Search Operators (BSO) for å presisere søket. Veiledende retningslinjer for å sikre hensiktsmessig bruk av BSOer ble fulgt (Alharbi & Stevenson 2020, McGowan et al., 2016).

3.2.3 Valg av forskningsartikler

Det ble laget et midlertidig søkedokument (Friberg, 2017) hvor relevante artikler ble sortert under hvilken database vi hadde brukt, søkeord, tittel, forskere, årstall, og oppsummering av innholdet. Artikkelen måtte være tydelig relatert til problemstillingen. De måtte omhandle selvmordsforebyggende tiltak direkte relatert til arbeid med selvmordstruede pasienter, innlagt i psykiatrisk sengepost, mellom 2012-2022. Både personalets og tidligere innlagte pasienters synspunkter ble inkludert, for å sikre helhetlig forståelse.

En tabell for eksklusjons- og inklusjonskriterier (vedlegg, tabell 4) ble utarbeidet, slik at begge parter kunne utføre seleksjonsprosessen på like premisser. Seleksjonskriteriene avgjorde hvilke betingelser artikkelen måtte tilfredsstille for å anses som relevante for inkludering (Petersen & Ali, 2011). På denne måten ble det sikret at søket var nøyaktig.

Vi fikk 178 treff, fordelt over 5 databaser (vedlegg, tabell 1). 158 artikler ble forkastet, basert på tittel og kortversjonen av sammendraget. Vi satt igjen med 20 artikler,

leste kritisk gjennom sammendraget og ekskluderte ytterlige 12 artikler. Vi leste de resterende 8 artiklene, og diskuterte innholdet mot eksklusjonskriteriene og problemstillingen. Deretter fjernet vi 4 artikler fra det endelige resultatet. En artikkel ble ekskludert fordi den tok utgangspunkt i *en* enkelt pasient (mulig ikke representativ), de resterende tre ble ekskludert fordi de fokuserte på risikohåndtering og sikkerhet i avdelingen, som ikke er vårt fokus.

3.3 Analyse

Vi benyttet Fribergs (2017) femstegs analysemetode for å identifisere hovedpunkter i datautvalget. Metoden handler om å dele helheten (artiklene) inn i mindre deler (nøkkelfunn). Målet med dette er å finne hovedmomenter i dataene av betydning for problemstillingen. Dette gir mulighet til å skape et nytt helhetsbilde; resultatet av analysen.

Studiene ble lest gjennom flere ganger med særlig fokus på resultatdelen, for å gi god forståelse av hva de omhandlet. Vi analyserte artiklene uavhengig av hverandre og laget skriftlige sammenfatninger av dem, som vi deretter sammenliknet og diskuterte inntil vi var enige om hovedmomenter og underordnede punkter. Til slutt ble det laget en skjematisk oversikt (vedlegg, tabell 3), for å kunne identifisere hva som skulle analyseres.

Når hovedmomentene var identifiserte, arbeidet vi oss gjennom hver artikkel og relaterte resultatene til hverandre. Det ble laget en oversikt over hovedtemaer (vedlegg, tabell 6). Vi gjorde ordsøk i hver artikkel for å identifisere hvor artiklene omtalte liknende fenomener, samt kryssjekket med synonymsøk. Relevante begreper ble fargekoordinert og markert i artikkelteksten, samt per artikkel, slik at det var god oversikt over hvilke artikler som omtalte hvilke hovedmomenter og hvor. Gjennom hele denne prosessen var vi nøye med å ekskludere data som ikke gav svar på problemstillingen.

4.0 Resultater

Seks hovedkategorier for selvmordsforebyggende tiltak i direkte arbeid med selvmordstruede pasienter ble identifisert ved analyse av artiklene: personlig recovery, arbeidsallianse, sosial tilknytning, individualisert behandling, tilpasningsdyktig personalgruppe, og teamarbeid (figur 2). Funnene sammenfatter både profesjonsutdannet helsepersonells oppfattelse av hva som hjelper pasientene, og hva pasientene selv sier at de opplever gav dem recovery fra selvmorstruet tilstand. Modellen utgjør en helhetlig, relasjonell og individualisert tilnærming til pasienten, som sykepleier kan bruke for å gi best mulig selvmordsforebyggende behandling.



Figur 2. Selvmordsforebyggende tiltak. Egenlaget modell.

4.1 Personlig recovery

Helsepersonell kan hjelpe pasienter med å finne mening i og lære av lidelsen de opplever. Erfaringene er del av en personlig recoveryprosess som påvirkes av støtten pasienter mottar fra helsepersonell i psykiatrien (Hagen et al., 2018). Recoveryprosessen innebærer å redefinere seg selv og sitt liv (Hagen et al., 2018). Det er forenelig med Sellin et al. (2017) sine funn, hvor recovery fra selvmordstruet tilstand beskrives som å “gjenopprette kontakten med seg selv mens man kjemper mellom liv og død”. Recovery er basert på å *anerkjenne egne erfaringer*, og forsøke å forstå hva disse erfaringene betyr. Pasienten gir stemme til seg selv ved å fortelle om sine erfaringer, selv om dette er utfordrende. Pasientens personlige fortelling danner grunnlaget for selvforståelse og tilskrivelse av mening i livet.

Sellin et al. (2017) skriver at recovery innbefatter å stille spørsmål ved *hvordan* livet kan bli verdt å leve igjen, for så å kunne oppleve evnen til å *styre* sitt eget liv igjen. Derfor blir recovery fra selvmordstruet tilstand å *ta tilbake sitt liv ved å løse eller lære å leve med problemer man møter i livet, og å leve livet så meningsfullt som mulig, gitt tilgjengelige personlige, mellommenneskelige og sosiale ressurser* (Sellin et al., 2017).

4.1.1 Relasjonsarbeid

En viktig del av recoveryprosessen er å arbeide med relasjoner mellom pasienten og nære familiemedlemmer (Hagen et al., 2018). En pasient beskrev hvordan hun, med støtte fra sin behandler, hadde gjort en innsats sammen med mannen sin for å lage en kriseplan. Hun hadde inkludert hele familien i kriseplanen, med fokus på varseltegn og støttestrategier. Den ble til stor hjelp for henne i sårbare perioder.

4.1.2 Selvrefleksjon for å påkoples livet

For å oppleve recovery må man ha en reflekterende holdning til seg selv. Selvrefleksjon åpner for å finne en retning i den nåværende situasjonen, og kan brukes som et middel til å forstå seg selv og verden på en måte som avdekker nye sider ved livet (Sellin et

al., 2017). Selv om pasientenes selvmordstanker oppstod fra vidt ulike livssituasjoner, er det felles for pasientenes historier at de devaluerer seg selv og opplever tap av selvverd. De føler seg isolert fra andre mennesker og fra livet i seg selv, og mister slik viljen til å leve (Hagen et al., 2018). Recoveryprosessen setter pasientene i stand til å koble seg på livet igjen; gjennom å bevege seg bort fra opplevelsen av tapt kontroll (Sellin et al., 2017).

4.1.3 Kontroll over egen livshistorie

Ifølge Sellin et al. (2017) betyr ikke nødvendigvis recovery "å være fri for selvmordstanker". Personlig recovery handler om å vinne tilbake kontrollen over sin egen historie; å bygge evnen til å uttrykke seg med egne ord kan bidra til at pasienten klarer å ta en mer aktiv rolle, for å påvirke retningen av eget liv. Ved å gjenopprette kontakten med seg selv, gjennom fortellingen om seg selv og det som betyr noe for en i livet, kan pasienten få en fornyet forståelse av seg selv som en dyktig og verdifull person.

Sykepleiere i psykisk helsevern kan etablere et trygt "rom" for pasientene der de kan uttrykke seg selv. For selvmordstruede pasienter kan det å fortelle om sine erfaringer involvere frykt for ikke å bli tatt på alvor, bli forlatt og stå alene i sin fortvilelse. Gjennom å skape et trygt "rom" kan man styrke pasientenes lyst til å leve (Sellin et al., 2017).

4.2 Arbeidsallianse

Arbeidsalliansen er ifølge Vandewalle et al. (2020) en *interpersonlig og relasjonell samarbeidsprosess*. Sykepleiere understreket verdien av arbeidsalliansen når det kommer til å hjelpe pasienter med å bearbeide og frigjøre seg fra selvmordstruet tilstand.

Dannelse av en arbeidsallianse krever at sykepleiere er oppmerksomme på maktbalansen i pasient-sykepleier-forholdet, og er påpasselige med å involvere pasienten. Som sykepleier skal man vokte seg for å forme en instrumentell relasjon til pasienten

istedenfor en arbeidsallianse, der et snevert syn på selvmordsforebygging bidrar til utvikling av en kontrollerende og dirigerende rolle (Vandewalle et al., 2020).

4.3 Sosial tilknytning

Positive menneskelige interaksjoner og opplevelser av å bli forstått, bekreftet og evnen til å kommunisere sin lidelse, har blitt beskrevet som nødvendig for recovery og avgjørende for å overvinne selvmordstanker (Sellin et al., 2017). Berg et al. (2020) fremholder at helsepersonell måtte være oppmerksomme og oppnå sosial tilknytning til pasienten.

Pasientene har sine egne måter å knytte seg til personalet på - noen ønsker å snakke med personalet, andre ønsker kun en forsikring rundt helsepersonell sin tilgjengelighet dersom de skulle ha behov for samtale eller annen støtte.

4.3.1 Tillitsfulle relasjoner gir trygghet

Hagen et al. (2018) skriver om pasientens sosiale tilknytning til personalet som grunnlag for å etablere tillitsfulle relasjoner. Det var viktig at personalet behandlet pasientene med respekt, sørget for at de følte seg verdsatt, og anerkjente deres lidelse og behov.

Pasienten må føle seg trygg nok til å dele sine selvmordstanker. Udekkede behov for sosial tilknytning kan føre til at pasientene føler seg utrygge og øke selvmordstanker (Hagen et al., 2018). Å bli sett og tatt hensyn til, har betydning for pasientens mulighet til å føle seg trygg (Sellin et al., 2017). Sykepleier må etablere et forhold der det er tillit, der pasienten føler at de kan komme til sykepleieren og snakke ved behov:

“I invested a lot of time in contact with him. That was important for him in order to be able to trust me. Although approaching others was very difficult for him, upon that sense of trust he could occasionally come and talk to me” (Vandewalle et al., 2020. s. 3073).

4.3.2 Personlig kjemi som vei til åpenhet

Pasienter opplever det som nyttig å bli lyttet til. Det forutsetter at pasienten føler personlig kjemi og sosialt fellesskap med helsepersonellet. (Hagen et al., 2018). Hagen fant at *manglende tilknytning til og forståelse fra personalet* førte til at pasienten trakk seg tilbake og holdt sin smerte og sine selvmordstanker for seg selv. Lidelsen ble ikke anerkjent, eller ble avvist. En deltaker pekte på at hun ikke kunne snakke konfidensielt med hvem som helst:

“It is not everyone you talk to about everything then. It has a little bit to do with chemistry as well. They you feel you get the best contact with” (Hagen et al., 2018. s. 4).

Det er viktig at helsepersonell aktivt bruker sine personlige kvaliteter og fremstår som medmennesker fremfor helsepersonell. Det bidrar til at pasientene føler seg verdsatt og anerkjent som menneske. Å søke sosial tilknytning i relasjonsprosessen handler om å legge til rette for en felles plattform for åpenhet. Å ha en sosial tilknytning til pasienten gjør at personalet får tilgang til en større forståelse av hva pasienten sliter med (Vandewalle et al., 2020):

“People say for instance, “I want to drive into a tree”, as a suicidal expression. But often there is something underneath, which I don’t know directly. It may be caused by a sense of being rejected or feeling hopeless? And the more I have a connection with people, and can attune to them, the more I can understand this” (Vandewalle et al., 2020. s. 3074).

4.3.3 Oppnå kontakt med seg selv for å tilknyttes andre

Sosial tilknytning handler om å bli bevisst egen verdi, gjennom å danne relasjoner til både profesjonelle omsorgspersoner og støttende pårørende. Slik kan man overkomme opplevelser av frykt og mistillit, og ta grep i sitt eget liv. Sosial tilknytning til seg selv og signifikante andre støtter opplevelsen av å være forankret i tilværelsen (Sellin et al., 2017).

4.3.4 Relasjonssikkerhet

Sykepleiere uttrykte ambivalens til å gjennomføre selvmordsrisikovurderinger når de ennå ikke hadde opprettet sosial tilknytning med pasienter. Noen sykepleiere avsto fra å bruke instrumenter for vurdering av selvmordsrisiko i samtaler fordi de mente en formell tilnærming hindret deres sosiale tilknytning til pasientene. (Vandewalle et al., 2020). Etablering av relasjonssikkerhet innebar for sykepleiere "forbedret kunnskap og forståelse". Sykepleiere refererte til sin egen følelse av trygghet som følge av å bli kjent med pasientene og bygge forståelse for deres selvmordstanker. For pasientene innebar det å etablere relasjonssikkerhet også et "sikkerhetsnett"; sosial tilknytning og avtaler med pasienten kunne fungere som en "sikker base å holde fast ved". Sykepleiere formidlet at pasientene holdt seg i live på grunn av sosial tilknytning, og ikke tok selvmord på grunn av inngåtte avtaler (Vandewalle et al., 2020).

4.4 Individualisert behandling

Skreddersydd eller individualisert behandling og oppfølging var viktig for pasientene, for å føle seg anerkjent som verdifulle mennesker (Hagen et al., 2018, Berg et al., 2020). Man må legge til rette for prosesser med mål om å lære pasienten å leve igjen. Slik behandling krever oppmerksomhet mot individuelle variasjoner (Sellin et al., 2017).

4.4.1 Forskjellig faglig tilnærming til individualisering av behandling

Tilnærming til individuell behandling varierte i henhold til faglig perspektiv. *Sykepleierne* understreket betydningen av pasientinvolvering for å gjenopprette følelsen av håp og verdighet for enkeltpasienten. *Legene* presiserte viktigheten av individualiserte tilnærminger som adresserte underliggende psykiske lidelser. *Psykologene* fokuserte på behovet for å utforske hva selvmordstankene betydde for hver enkelt person, følelsene bak

selvmordsatferden, pasientens logikk, pasientens fortvilelse, unike advarselssignaler og triggere (Berg et al., 2020).

4.4.2 Terapeutisk samtale fremfor skjema bruk

Prosedyrene helsepersonell blir pålagt å følge, fokuserer kun på å dokumentere selvmordsrisikovurdering, ikke hvordan man snakker om selvmord. Individualiserte tilnærminger er derimot essensielle i samtaler om selvmordstanker, og personalet opplevde konkurrerende mål: *Å dokumentere risiko, kontra å nærme seg pasientenes følelser og forstå dem som individer.* For å håndtere dette, prioriterte personalet den terapeutiske samtalen med pasienten, og unngikk spørsmål om risikofaktorer som de anså som irrelevante. Skjemaer og sjekklister for selvmordsrisikovurdering ble fylt ut etter å ha snakket med pasienten. (Berg et al., 2020)

4.4.3 Individualisering og kriseplan

Ivaretagelse av pasienten er avhengig av den enkelte pasients underliggende psykiske helseproblemer og må derfor individualiseres (Berg et al., 2020). Alle pasienter bør bli tilbudt en kriseplan bestående av en liste over individuelle varseltegn, mestringsstrategier, og kilder til støtte. Helsepersonell utformer kriseplanen sammen med pasienten slik at den reflekterer pasientens mestringsstrategier. Uten individualisering mister kriseplanen sin funksjon som sikkerhetsverktøy, da den ikke blir brukt aktivt av pasienten under en krise (Berg et al., 2020).

4.4.4 Å bli verdsatt

For å oppnå individualisert behandling og omsorg må helsepersonell anvende sine personlige egenskaper, og handle som empatiske medmennesker. Pasientene setter pris på å bli verdsatt som individer og at helsepersonell forstår, anerkjenner og responderer på deres behov. Dette innebærer at helsepersonell tar dem seriøst, er sensitive og behandler dem med respekt (Hagen et al., 2018).

4.5 Tilpasningsdyktig personalgruppe

Tilpasningsdyktighet blir sett på som avgjørende for å håndtere utfordringer og endringer i klinisk praksis. I Berg et al. (2020) benyttet helsepersonell sin ekspertise for å gi mening til selvmordsatferd, støtte kompleks beslutningstaking, og håndtere usikkerhet. Å tilpasse seg til pasienten motiverte sykepleiere til å etablere forhold preget av tillit og åpen kommunikasjon med pasientene. Slik kan personer med selvmordstanker oppleve en følelse av trygghet som gjør det mulig for dem å stole på helsepersonell, delta i dialog med dem og mer fritt uttrykke sine selvmordstanker. (Vandewalle et al., 2020). Berg et al. (2020) hevder at for å sikre gode utfall for pasienter, må helsepersonell gjøre tilpasninger ved å stole på egne ferdigheter, kunnskap og erfaring. Sykepleiere tilpasset tilnærming og respons til pasientens behov og perspektiver, samt sin egen personlige stil.

4.5.1 Gjensidig støtte og tillit for å håndtere usikkerhet

Helsepersonell følte seg konstant på vakt og bekymret for selvmord i sitt daglige arbeid. Trygg klinisk praksis krever et arbeidsmiljø som bygger gjensidig kollegial tillit og støtte, i tillegg til arenaer som fostrer felles situasjonsforståelse. Når avdelingen støttet pasientsentrert omsorg og ga helsepersonell arenaer for støtte, refleksjon og læring, var helsepersonell i stand til å håndtere den følelsesmessige belastningen i eget arbeid. For å møte usikkerheten, trengtes et arbeidsmiljø der personalet følte seg trygge nok til å vise sårbarhet og usikkerhet. Et slikt arbeidsmiljø tillot dem å diskutere tvil og usikkerhet, samt uttrykke uenighet i teamet. Samtidig hadde personalet en koordinert tilnærming til ivaretagelse av pasientene. (Berg et al., 2020).

4.6 Teamarbeid

Det er gjennom teamarbeidet helsepersonell kan dele sine perspektiver med hverandre, og oppnå felles situasjonsforståelse. Felles forståelse bidrar til utviklingen av felles mentale

arbeidsmodeller (Berg et al., 2020). Sykepleiere kan dra nytte av støttetiltak som debriefinger, veiledning, og refleksjonsgrupper. Disse tiltakene muliggjør kritisk refleksjon, emosjonell regulering og en åpen holdning (Vandewalle et al., 2020).

Vandewalle et al. (2020) sine funn viser at sykepleiere har behov for et validerende, trygt og tilstrekkelig støttende teammiljø, der de blir oppmuntret til å diskutere sine interaksjoner med selvmordstruede pasienter. Sykepleiere uttrykte behov for å ventilere upassende følelser, spørre om råd, og få bekreftelse på deres bidrag. Teamstøtten gjorde dem i stand til å regulere følelsene og usikkerheten rundt deres interaksjoner med selvmordstruede pasienter (Vandewalle et al., 2020).

5.0 Diskusjon

Herunder presenteres et kritisk perspektiv på metodebruken i kildematerialet, hvor det fokuseres på artikkelens validitet og reliabilitet, hensikt, metode, variasjon i begrepsbruk og geografisk beliggenhet. Deretter drøfter vi resultatene av analysen opp mot utvalgt teoretisk rammeverk og annen relevant forskning.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Artiklenes validitet og reliabilitet

Alle artiklene er skrevet av forskere. Det er vår oppfattelse at artiklene er direkte relatert til problemstillingen, selv om de har ulikt fokus. Data er ekstrapolert fra sykepleiere, profesjonsutdannet helsepersonell, og pasienter. Forskerne har alle utført kvalitative intervjuer, noe som gir sammenligningsgrunnlag.

Utvalgsstørrelsen varierer (henholdsvis 25, 5, 28 og 14 deltagere). Pasientutvalget er markant mindre enn personalutvalget (19 pasienter, 53 personale). I tillegg ble kun 5 pasienter intervjuet i den ene studien (Hagen et al., 2018). Antagelig forekommer forskjellen i utvalgsstørrelse fordi det er vanskeligere å stille til intervjuer om en prosess som er dypt personlig, kontra å omtale arbeidsutfordringer med pasientgruppen. Likevel må det kunne sies at utvalgene er representative da fokus er *hva som bidrar til recovery fra selvmordstruet tilstand*; pasientene har ekspertise om temaet på en helt annen måte enn personalet, som kan utligne deltagerforskjellen.

I pasientutvalget var det 15 kvinner og 4 menn. Det er usikkert om dette skyldes tilfeldigheter eller om andre faktorer spiller inn. Menn kan oppleve recoveryprosessen fra selvmordstruet tilstand annerledes enn kvinner, noe som kan påvirke analyseresultatenes validitet og reliabilitet.

Ifølge Berg et al. (2020) hadde studien noe begrenset bruksområde ettersom den ikke er valid utenfor sengepost-setting, men holder mål innenfor denne settingen. Vandewalle et al. (2020) skriver at begrensninger med deres studie var at den ikke inkluderte pasientperspektiver, man ikke fikk dybdeforståelse, og at det var mulig at sykepleiere som deltok i studien var påvirket av den nye reformen forskerne undersøkte effekten av (ikke ble oppgitt valide erfaringer). Hagen et al. (2018) påpeker at studien deres er liten, men fremholder at funnene er forenelige med tidligere forskning, og derfor er generaliserbare på et analytisk nivå, særlig i kliniske settinger. Sellin et al. (2017) fremhever selv kjønnsbalanse som en svakhet, men hevder at analyseresultatene er abstrahert til et eksistensielt nivå som fokuserer på menneskelig erfaring heller enn kjønn. I tillegg sier forskerne at det kan være en svakhet at det ikke skilles på diagnoser i analysen, men at ulik bakgrunn i utvalget bidrar til rik datasamling, og muliggjør å finne hva som er felles for selvmordstruedes erfaringer, noe som er en styrke.

Alle artiklene omhandler hva som har effekt på å oppnå recovery fra selvmordstruet tilstand. Derfor opplever vi at problemstillingen blir besvart. Det kan forekomme at personalet angir andre recoveryprosesser og har annet fokus enn hva pasientene forteller at hjelper. Ved å stille studiene opp mot hverandre, sikrer vi at resultatene våre er valide. Ved større datainnsamling enn bacheloroppgavens begrensede omfang kunne man gjort mer entydige konklusjoner med hensyn på reliabilitet og validitet. Det er vår opplevelse at den gjennomførte litteraturliterturanalysen likevel gir god innsikt i recoveryprosessen fra selvmordstruet tilstand.

5.1.2 Artiklenes hensikt

Ingen av studiene hadde samme hensikt, noe som tilsa at funnene måtte kategoriseres på ny og sammenfattes under større oppsamlingskonsepter, uten å påvirke eksisterende

konklusjoner. Berg et al. (2020) hadde som hensikt å *utforske trygg klinisk praksis*. Hagen et al. (2018) hadde som mål å *utforske behandlingserfaringer*. Vandewalle et al. (2020) hadde som mål å *øke konseptuell forståelse* av et begrep. Sellin et al. (2017) ønsket å *beskrive et fenomen*. En av de valgte artiklene (Vandewalle et al., 2020) omtaler *sykepleier-perspektiver* på recovery fra selvmordstruet tilstand. Berg et al. (2020) fokuserer på *profesjonsutdannet helsepersonells* perspektiver. Hagen et al. (2018) og Sellin et al. (2017) fokuserer på *pasientperspektiver*. Data fra begge sidens perspektiver er sentralt for å få en helhetlig forståelse av recovery fra selvmordstruet tilstand.

5.1.3 Artiklenes metode

Alle forskerne foretok *kvalitative intervjuer* som ble tatt opp og transkribert, før de ble tolket. Tre av studiene (Berg et al., 2020; Hagen et al., 2018; Vandewalle et al., 2020) foretok *semi-strukturerte individuelle intervjuer*. Berg et al. utførte i tillegg *semi-strukturerte fokusgruppeintervjuer*. Forskerne som utførte semi-strukturerte intervjuer brukte analyse- og intervjuguider. Sellin (2017) skiller seg ut, da de foretar *fenomen-orienterte intervjuer*, deretter tolket gjennom et refleksivt livsverdensperspektiv.

Det kan være en svakhet at Sellin et al. velger å ikke bruke en standardisert intervjuguide, med tanke på reproduserbarhet. I tillegg kan det være at tilnærmingen påvirker objektivitet. Ellers er alle intervjuer og observasjoner som er utført utsatt for tolkning, som innebærer potensiale for menneskelig svikt (Dalland, 2017, s. 84-87, 115-119).

5.1.4 Variasjon i begrepsbruk og geografisk beliggenhet

Alle fire artikler er skrevet på engelsk selv om intervjuene ble utført på originalspråket (norsk, svensk, belgisk). Det medfører at begrepsbruken er variert, da kildematerialet til forskerne (intervjuene) har måttet bli oversatt til engelsk. Følgelig vil ikke

alle begreper kunne direkte oversettes til et fremmedspråk, ettersom ordene kanskje ikke eksisterer i det andre språket i utgangspunktet. Dette opplevde vi selv, da vi skulle oversette flere ord fra engelsk til norsk; som recovery, hvis nærmeste beskrivende ord er tilfriskning. Synonymbruk kan bli trøblete og krever utgreiing om utvalgsmetode og hva man legger i ordet. I artiklene brukes en rekke begreper om liknende fenomener, som "Connectedness" (Sellin et al., 2017), "Connection" (Vandewalle et al., 2020) og "Sense of companionship" (Hagen et al., 2018), som vi kodet og oversatte til ett paraplybegrep: Sosial tilknytning (se tabell 6). Artiklene referer i stor grad til hverandre, noe som indikerer at tematikken er sterkt knyttet til hverandre.

Når vi snakker om opphavland, er to av artiklene våre fra Norge (Berg et al., 2020), og (Hagen et al., 2018). En var fra Sverige (Sellin et al., 2017). En var fra Belgia (Vandewalle et al., 2020). Kulturelt er særlig Norge og Sverige svært like, mens Belgia er et vestlig land og kan ha relativt lik kulturell forståelse av selvmordsproblematikk. Innholdet i den belgiske artikkelen tyder også på det.

5.2 Resultatdiskusjon

Vråle (2018) starter sin bok om selvmordsproblematikk med; *"Mer enn å forstå hva som får noen til å ta sitt liv, må vi arbeide med å forstå hva som får mennesker til å leve!"* Dette samsvarer med oppgavens hensikt. Vi har samtidig hatt som mål å forholde oss objektive og ikke havne i en "omsorgfelle"; bli så opptatt av de følelsesmessige aspektene ved selvmord at man mister fokus på problemstillingen. Hva man søker svar på må alltid være i fokus, alt annet må falle bort (Dalland, 2017. s.224).

To temaer gikk igjen på tvers av pasient- og sykepleieperspektivet; sosial tilknytning og individualisert behandling. Pasienter og profesjonsutdannet helsepersonell er samstemte i sin oppfatning av at disse to faktorene er avgjørende for behandling av høy kvalitet. Derimot

er det noe som ikke er helt samstemt: pasientenes opplevelser av å bli møtt og sett, er ikke jevnbyrdig med hva personalet beskriver at de gjør. Vi kommer tilbake til dette i underpunktet om å bidra til avmakt og tap av håp.

5.2.1 Etikk og jus i selvmordbehandling

I en diskurs om selvmord kommer man ikke unna spørsmålet om tvang – Kan man forsvare å hjelpe selvmordstruede som uttrykker at de ikke ønsker hjelp? Er frihetsberøvelse riktig dersom pasienten er samtykkekompetent? Vi velger å omtale jus og etikk kortfattet, da det er nødvendig for å forstå hele bildet, men ikke gir svar på hvilke tiltak sykepleiere kan gjøre for å bedre situasjonen.

Juridisk sett defineres selvmordstruet tilstand som "alvorlig sinnslidelse" i psykisk helsevernloven (phvl). Det gir grunnlag for å fjerne samtykkekompetansen og videre grunnlag for tvangsinnleggelse ihht. phvl §3-3. Helsepersonell har også *plikt* til å gripe inn ovenfor selvmordstruede mennesker. (Pedersen og Nortvedt, 2017; Vråle, 2018).

Pedersen og Nortvedt (2017) skriver at tvang alltid må vurderes individuelt, og bør være kortvarig. Nyttan av tvangen må veie opp for ulempene. God diagnostikk er nødvendig, og det må tilbys frivillig behandling. Det finnes derimot ikke like gode frivillige behandlingstilbud, man vet ikke nok om effekten av tilbudene, og behandlingen er svært forskjellig mellom institusjonene. Syntetisering av kunnskap er nødvendig for å kunne si noe om hva som gjøres, og effekten (Pedersen og Nortvedt, 2017). Vi opplever at pasienter som er selvmordstruede, ofte er innlagt i psykiatrisk sykehus på tvangsparagraf. Dette har vi observert at kan medføre utfordringer med samarbeid mellom pasient og personale, som kan resultere i suboptimale behandlingsutfall. Dette adresseres herunder.

5.2.2 Å bidra til avmakt og tap av håp

Det å bli tvangsinnlagt når man er i en livssituasjon der man føler seg uten håp for å mestre fremtiden, kan sannsynligvis oppleves som ytterlige bevis på at man ikke mestrer eget liv, og potensielt bidra til større opplevelse av maktesløshet eller avmakt. Vandewalle et al. (2020) skriver at ukritisk bruk av kontroll kan skape negative konsekvenser: Pasienter kan føle seg objektiviserte og maktesløse, som ødelegger kommunikasjon og tilknytning.

Av egen erfaring opplever selvmordstruede innlagt i institusjon generelt at innleggelsen er et nederlag; pasienter kan fortelle at de føler de har sviktet sine pårørende og er en byrde (O'Connor, 2014). De skammer seg over å måtte ha behov for innleggelse. Dette samsvarer med Hagen et al. (2018) sine funn: Pasienter devaluerte seg selv, og undervurderte sin egen betydning for nærmeste pårørende og familie. Følelser av at pårørende vil få det bedre uten dem, går igjen. Det er forenelig med teoretiske synspunkter på håp og håpløshet, personlig recovery og mellommenneskelige forhold, som fremlagt i teoridelen av litteraturoversikten.

5.2.2.1 Når pasienten føler seg avvist

Pasienter kan føle seg avvist eller misforstått. En pasient vi fulgte opp i vår praksis, som alltid var hyggelig og pratevillig, sa at han ble svært skuffet når han leste journalen sin, hvor mange skrev "tilsynelatende i godt humør, høflig og hyggelig i kontakten". Han var på gråten, og sa "Jeg har det mange ganger helt forferdelig selv om jeg er hyggelig, det blir helt feil å si jeg har det bra, men aldri ha spurt meg hvordan jeg har det!" Etter denne hendelsen ble det rapportert at pasienten hadde gått inn i en fase hvor han isolerte seg på rom, lå i sengen og var svært nedstemt.

Hva pasienten uttrykker her, er forenelig med Sellin et al (2017) sine funn: En stor faktor i recovery er at pasienten får tilbake verdighet gjennom sosial tilknytning. Berg et al. (2020) understøtter dette i sine funn; pasientene må involveres for å oppleve håp og

verdighet. Hagen et al. (2018) skrev at nøkkelen til bedring lå i utvikling av gode, interpersonlige forhold til personalet i avdelingen; å bli sett og verdsatt, heller enn å bli ignorert eller tilsidesatt.

Det kan i tillegg være utfordrende å sette av tid til pasienten når det er hektisk i avdelingen, som kan bidra til at pasienten føler seg avvist. Tidvis forekommer underbemanning. Situasjonen på skjermingsavsnittet kan kreve ekstra personale, som gjør at bemanningen er tynn i åpen avdeling. Personalet på natt har i hovedsak ansvar for ro og sikkerhet om natten, og er svært få, noe som gjør at det ofte ikke vil være anledning for samtale. Selvmordstruede pasienter er i vår erfaring oftest en rolig pasientgruppe som holder seg mye for seg selv, mens andre pasienter kan være utfordrende å beskytte fra blamering i miljøet. Det kan gjøre at selvmordstruede har opplevelser av å bli neglisjert (Hagen et al., 2018; Sellin et al., 2017), noe som er svært uheldig.

Våre funn, sammen med overnevnte teori og egne erfaringer, er forenelig med at *personalet må unngå å motvirke håp, og ikke må bidra til at pasientene føler seg neglisjert*. Her kunne vi trukket inn ikke-skade prinsippet og snakket om å ikke krenke, men med grunnlag i bacheloroppgavens begrensede omfang velger vi å ikke inkludere tematikken.

5.2.2.2 Overfokusering på biomedisinsk tilnærming kan være ødeleggende

Biomedisinsk behandlingsfokus fikk pasientene til å føle at de ikke ble møtt som mennesker. Det var ikke medisinene som løste utfordringer (Hagen et al, 2018). Dataene fra de fire analyserte studiene tilsier at *det først og fremst er det relasjonelle som gir effekt*. Pasientene ønsker at *de relasjonelle aspektene skal være hovedprioritet i behandlingen* (Hagen et al., 2018); sosial tilknytning er en ressurs for recovery (Sellin et al., 2017). Hagen et al. (2020) konkluderer: "Det er mennesker, med sine livserfaringer og problemer både i og utenfor helsetjenesten, som tar livet sitt, ikke en "sykdom" som dreper dem".

Flere forfattere har stilt spørsmål ved overavhengigheten av biomedisinske modeller med hensyn til hvordan vi forstår og håndterer selvmordstruede pasienter. Kritikkk reises mot diagnostisk fokus, og potensielle bivirkninger som medfølger psykofarmaka (Hagen et al., 2017; Michel et al., 2002). Fra egen erfaring i psykisk helsevern, har vi vært vitne til at pasienter blir tilbudt psykofarmaka som en løsning på opplevd følelse av uro og tankekjør, og når de oppleves mimikkfattige og "tunge" av personalet. Vi har imidlertid opplevd at pasienter har sterke ønsker om hyppig samtalebehandling istedenfor medisiner. Pasientene tilbys derimot ikke systematisk samtaler ved behov; terapisaamtaler med behandler settes opp ukentlig. Behandlingsplanen kan inneholde mål om en samtale i løpet av vekten med miljøpersonale, men det betyr ikke at det skjer.

5.2.3 Pasientsentrert tilnærming

Som det fremkommer fra hovedmomentene i dataanalysen er det helt kritisk at pasientens ønsker og selvuttrykkede behov er i sentrum for den individrettede selvmordsforebyggende behandlingen. Det innebærer at pasienten må få ha medvirkning i behandlingen, få individuelt tilpasset behandling, og må oppleve medmenneskelighet fra hele personalgruppen. Personalet må opprette samarbeidsallianse med pasienten, og det må eksistere en samarbeidstrekkant mellom pasienten, personalet, og støttende pårørende.

5.2.3.1 Medmenneskelighet og medvirkning i egen behandling

At pasienter opplever medmenneskelighet fra personalet, er fundamentet for å legge til rette for pasientmedvirkning og tilby individuell behandling. Den psykiatriske pasienten har juridisk rett på å få medvirke i egen behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, § 3-1), på lik linje med pasienter innlagt i medisinsk sengepost. Av egen erfaring er dette en vanskelig balansegang da man vil det beste for pasienten, som kanskje ikke vil eller klarer å samarbeide om behandlingen. Enkelte pasienter klarer ikke å motivere seg til å gjøre noe,

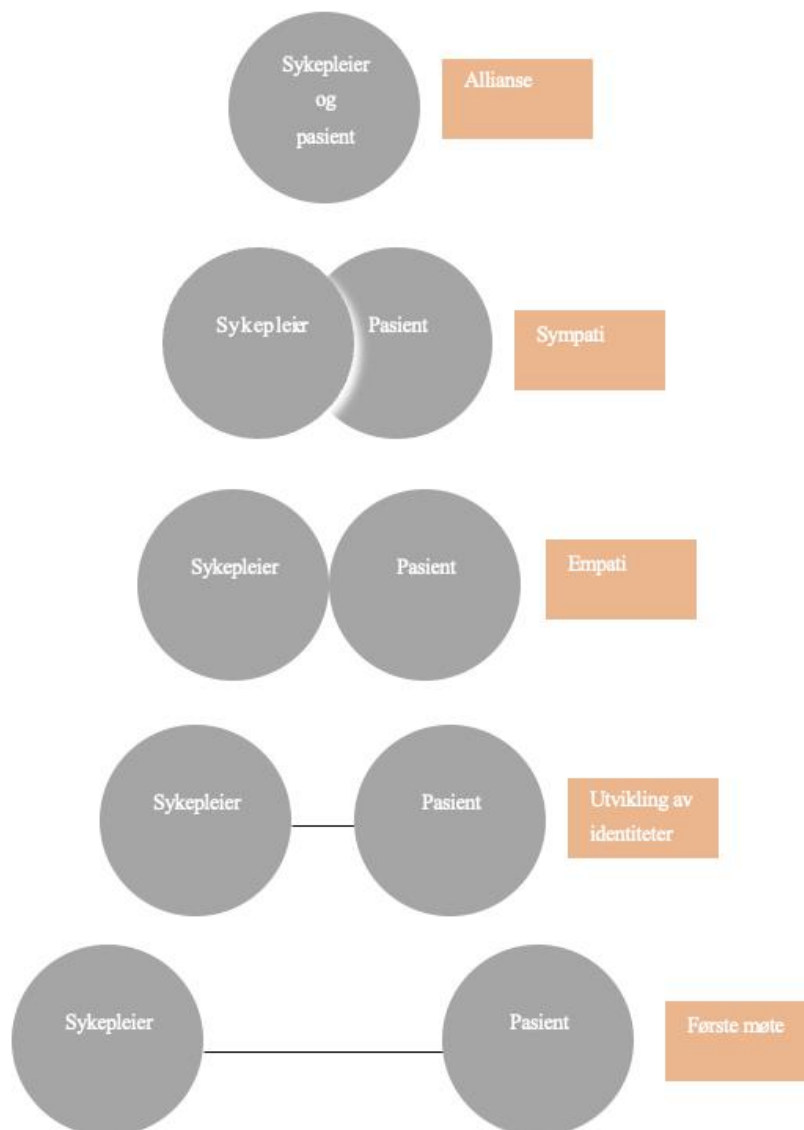
selv om de samtykker til behandling. Det er lett å anlegge en paternalistisk holdning; men det motvirker hele prinsippet om medmennesklighet. Derimot viser våre funn, erfaringer, og relevant teori, at *å ta seg tid til pasienten for å sikre at behandlingen er medmenneskelig, er helt kritisk.*

Vandewalle et al. (2020) skriver at selvmordstruede *ikke ønsker upersonlige og kontrollerende interaksjoner, men foretrekker et medmenneskelig nært forhold.* Mange pasienter søker en følelse av sosial tilknytning for å føle seg trygge nok til å dele tankene sine og søke støtte. (Hagen et al., 2018). Man må støtte god kommunikasjon, som gjør det mulig for pasienten å fortelle om og bære erfaringer med håpløshet, og be om støtte (Sellin et al., 2017). Sellin et al. fremhever fordelene med å ta i bruk en recoveryorientert omsorgstilnærming, først og fremst på grunn av dens effektivitet i å støtte individualisert behandling. Individualisert behandling er også viktig fra pasientens perspektiv (Hagen et al., 2018). Berg et al. (2020) beskriver individualisering av det terapeutiske miljøet som sentralt i behandlingen.

En medmenneskelig behandlingsholdning er forenelig med personlig recovery perspektivet: Den selvmordstruede pasienten må i sitt eget tempo og på egne premisser få hjelp til å redefinere seg og sitt liv (Sellin et al., 2017; Hagen et al., 2018). Pasienten trenger hjelp til å ta tilbake livet, gjenopprette kontakt med seg selv og gi seg selv en stemme, ved å anerkjenne sine erfaringer og forstå dem. Pasienten må lære å løse eller leve med problemer, via selvforståelse, og gi ny mening til livet (Sellin et al., 2017). Recovery innebærer tross alt å få kontroll over eget liv, håp for fremtiden, oppleve personlig vekst og gjenoppta deltagelse i samfunnet (Roper et al., 2020).

For å sikre medmenneskelighet i behandlingen, kan H2Hs tilnærming til arbeidsalliansen som en mekanisme for å skape håp, være en rettesnor. Travelbees modell legger vekt på deling av erfaringer og bygging av relasjon, som skaper grobunn for empati og

sympati overfor et annet menneskes lidelse (Travelbee, 1963). Dette fører til at sykepleier bruker en pasientsentrert, individualisert tilnærming. Dersom sykepleier kan etablere og opprettholde sosial tilknytning med pasienten mens de bygger arbeidsallianse, er det mulig å ha en mer betydelig innflytelse på recovery fra selvmordstruet tilstand, samtidig som man hjelper pasienten med å fjerne barrierer knyttet til å se det positive i fremtiden og å kunne oppnå økt styring over eget liv (Travelbee, 1964).



*Figur 3. Fasene i Travelbees sykepleier-pasient-forhold.
Egenillustrert figur. Kilde: Jones et al. (2011)*

Fra første møte med pasienten må sykepleier og pasient gjennom en rekke prosesser i fem faser for å til slutt oppnå en allianse, som illustrert i Figur 3. Ved å benytte arbeidsalliansen som en mekanisme for medfølelse omsorg, bidrar man til å opprettholde håp og unngå håpløshet. På denne måten kan man navigere firefasekontinuumet av lidelse sammen med pasienten, til man har beveget seg bort fra fullstendig håpløshet (terminal fase) og fortvilelse og mangel på støtte (ondartet fase) (Travelbee, 1971). Dette samsvarer med Vandewalle et al. (2020) funn om at arbeidsalliansen er verdifull for å hjelpe selvmordstruede med å frigjøre seg fra selvmordstruet tilstand.

5.2.3.2 Vansker med å skape sosial tilknytning

Alle artiklene som inngår i datanalysen, og vårt teoretiske grunnlag, er samstemt om at det må dannes sosial tilknytning som *grunnpremiss* for å kunne tilby god selvmordsforebyggende behandling. Tillitt er sentralt (Hagen et al., 2018; Sellin et al., 2017; Berg et al., 2020). Det kan derimot av egen erfaring være vanskelig å få i gang en dialog for å skape god relasjon og tillitt: Pasienter kan være avvisende. Mange selvmordstruede ligger i sengen med gardinene for og lyset av, isolerer seg selv og ønsker- eller klarer ikke å prate om hva som foregår i dem. Uttalelser kan være enkle og "fatalistiske", som f.eks. en pasient som alltid sa når hun ble spurt hvordan det gikk: "Jeg har det likt som alltid, det er dårlig. Har ikke troen på at det skal bli bedre. Jeg vil bare sove, så slipper jeg å føle".

Hagen et al. (2018) og Vandewalle et al. (2020) nevner at personlig kjemi er nødvendig for å danne sosial tilknytning. Dersom pasienten opplevde å ikke bli forstått, trakk de seg bort (Hagen et al., 2018).

Noe som ikke tas opp i artiklene, er at relasjonsdanningprosessen ofte krever lang tid; vår erfaring er at personalet må være til stede jevnlig for å danne tillitsfull sosial tilknytning. Det er spesielt uheldig når personalet pasienten velger å snakke med eksempelvis er studenter

som arbeider hver tredje helg, deltidsansatte, eller ansatte som går ut i permisjon eller blir sykemeldt over en lengre periode.

5.2.3.3 Samarbeidstrekanter



Figur 4. Samarbeidstrekanter. Egenillustrert figur.

Sellin et al. (2017) peker på at man må trekke inn støttende pårørende fra pasientens nettverk for å gi god behandling. Det pessimistiske perspektivet vi ser hos selvmordstruede pasienter, der nå- og fremtid ses på som full av lidelse og smerte, har ofte sammenheng med mangel på opplevd sosial støtte og derfor lav sosial tilknytning (Bowins, 2021). Pasientene opplever at deres tilstedeværelse i verden ikke utgjør en forskjell for verken deres liv, deres pårørende eller lokalsamfunnet (Freeman et al., 2019).

Vi tenker at pasienter har nytte av sitt nettverk på flere områder, blant annet ved å oppleve å få støtte fra mennesker som bryr seg om dem, men også at pårørende kan være

kritiske til pasientens selvbebreidende eller negative tankemønster. Pårørende vil ha innsikt i omstendigheter omkring pasientens livssituasjon som personalet ikke kan få tilgang til via pasienten selv. Noen pasienter kan av egen erfaring være svært tildekkende, eller ikke ha innsikt i egen situasjon på grunn av psykisk sykdom. Pårørende kan også være kilde til mestring (Hagen et al., 2018).

5.2.4 Trygg klinisk praksis

For å sikre trygg klinisk praksis i behandlingen av selvmordstruede, må arbeidspraksis baseres på hva forskning indikerer er effektiv og god behandling. Det kan innebære å opprette egne behandlingstilbud for selvmordstruede pasienter. Ifølge Erlangsen et al. (2020) finnes det i Danmark 15-18 selvmordsforebyggende regionale klinikker som arbeider direkte med selvmordstruede pasienter. Pasienter som mottok behandling i en slik klinikk, hadde 27% lavere selvmordsrate enn kontrollgruppen. Etter vår kjennskap finnes det ikke et slikt tilbud i Norge.

Vandewalle et al. (2020) skriver at avdelingsledere ved psykiatriske seksjoner i sykehus bør bruke en recoveryorientert behandlingsmodell. En forutsetning for å bruke en slik behandlingsmodell, er å starte med å utvikle gode samarbeidsrelasjoner mellom pasient og sykepleier, og mellom pasient og øvrig behandlingsteam, med et videre fokus på å opprettholde og styrke disse relasjonene over tid for å forebygge tilbakefall.

Ledelsen må også legge til rette for et validerende, trygt, og tilstrekkelig støttende *teammiljø* - som må bygge på gjensidig kollegial tillitt, og ha rom for refleksjon og læring (Berg et al., 2020). Vandewalle et al. (2020) skriver at teammiljøet må være validerende, trygt, tilstrekkelig støttende, og tilrettelagt for kritisk refleksjon. Personalet skal kunne uttrykke sårbarhet og usikkerhet (Berg et al, 2020). Slik vi ser det, innebærer dette at man må

kunne ta opp bekymringer og frustrasjoner, mm, i plenum, uten å bli dømt. For at det skal kunne skje, må teamarbeid utvikles, støttes og opprettholdes over tid.

Berg et al. (2020) skriver i tillegg at personalet må være *tilpasningsdyktige* for å kunne håndtere utfordringer og endringer. Det omhandler ikke bare det pasientnære arbeidet, men å opparbeide ekspertise og erfaring som profesjonsutdannet helsepersonell; som utvikles over tid. Tilpasninger gjøres ved å stole på egne ferdigheter, kunnskap og erfaring. Det viktigste er bruk av ekspertise, individualisering av det terapeutiske miljøet og håndtering av usikkerhet i teamet. En slik fremgangsmåte er å anse som mer hensiktsmessig og effektivt i arbeid med selvmordstruede, enn å strengt følge retningslinjer (Berg et al., 2020).

5.2.4.1 Tverrfaglighet og erfaringskompetanse

Vår problemstilling søker svar på hva *sykepleier* skal gjøre, men det er vårt standpunkt at helsepersonell må arbeide tverrfaglig for å kunne tilby forsvarlig behandling. Perspektiver fra alle profesjonene involvert i driften av en sengepost, vil gi en mer helhetlig tilnærming, og mulighet for å finne frem til generelle almene tilnæringsmetoder og arbeidspraksis.

I tillegg bør teamet bestå av personale med både lang og kort erfaring. I vår erfaring stiller nyutdannede mange spørsmål ved "fastgrodde" rutiner og rigide holdninger, og tar med seg ny faglig kunnskap til arbeidsplassen. Erfarent personale kan på andre side forutsi om fremgangsmåter vil fungere, om det er i ferd med å oppstå risikosituasjoner, og liknende.

Berg et al. (2020) skriver at for å forstå selvmordsadferd, fokuserer *nyutdannet helsepersonell* mer på pasienters verbale utsagn, skriftlig informasjon i pasientjournaler og formelle risikofaktorer. *Erfarent helsepersonell* stoler mer på nonverbal informasjon, signaler, og deres egen intuisjon. Det tyder på at personalet krever ulik veiledning på ulike stadier i sin kompetanseutvikling.

6.0 Konklusjon

Litteratursammenfatningen fremlegger hvordan sykepleier kan arbeide selvmordsforebyggende med selvmordstruede pasienter. Recovery fra selvmordstruet tilstand krever at sykepleier utvikler en god relasjon og sosial tilknytning med pasienten, ved å etablere en støttende arbeidsallianse og tilby individualisert behandling. Målet må være å fremme håp. Det bidrar til at pasienten klarer å gjenopprette evnen til å styre eget liv, og kan finne nye måter å mestre livet på. Forutsetningene for å få til dette er et godt samarbeid og tilpasningsdyktig personale.

Recoveryprosessen innebærer å bistå pasienten med å gradvis bevege seg fra et pessimistisk perspektiv på fremtiden, til en opplevelse av mestring og styring over eget liv. Antonovsky og Travelbees teorier om håp og håpløshet, er forenelige med personlig recovery-perspektivets tanke om at alle mennesker har noen grunnleggende behov som må tilfredstilles for å kunne leve et godt liv. Dette samsvarer med litteratursynthesen.

Godt samarbeid med pasienten oppnås gjennom at sykepleier viser omsorg, bygger tillit i relasjonen, og tilpasser seg pasientens verdier og oppfatninger. Støttende relasjoner i pasientens nettverk må trekkes inn i samarbeidstrekanten; pasienten, personalet og pårørende. Personalet tilrettelegger for pasientens recoveryprosess ved å skape trygge rammer, vise medmenneskelighet, bygge relasjon, og arbeide sammen med pasienten på pasientens premisser. Med dette støttes pasienten i å frigjøre seg fra selvmordstruet tilstand.

Fremtidig forskning bør undersøke og stadfeste effektiviteten av tiltak som bidrar til recovery for selvmordstruede pasienter. Fokus må dreies fra medisinske tiltak til mellommenneskelige tiltak. Eventuell bruk av psykofarmaka bør kun være en støtte i behandlingen, snarere enn selve behandlingen. Det må fokuseres på utarbeidelse og dokumentasjon av fellesfaglige tilnæringsmetoder for å hjelpe pasienter med å oppnå recovery fra selvmordstruet tilstand. Både kvalitativ og kvantitativ forskningsdesign bør

benyttes, og det bør samles inn innsikt fra både pasienter, sykepleiere og annet helsepersonell.

Referanseliste

Alharbi, A., & Stevenson, M. (2020). Refining Boolean queries to identify relevant studies for systematic review updates. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 27(11), 1658-1666.

Baloyi, W. T. H. (2016). Systematic review as a research method in postgraduate nursing education. *Health SA Gesondheid*, 21(1), 120-128.

Berg, S. H., Rørtveit, K., Walby, F. A., & Aase, K. (2020). Adaptive capacities for safe clinical practice for patients hospitalised during a suicidal crisis: a qualitative study. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-12.

Bowins, B. (2021). *Social connectedness*, London: Science Direct.

Bugge, P. (2018). *Selvskading og selvmord*. I T. F. Aarre (Red.), *Psykiatri for helsefag* (2. utg., s291-312). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal.

Erlangsen, A., Nordentoft, M., Dvinge, L. & Laidler, R. (2020). *Selvmordsforebyggelse*. I Buus, N., Askham, B., Berring, L. L., Hybholt, L., Stjernegaard, K. & Tønder, E. S. (red.), *Psykiatrisk sygepleje*. (2. Utg., s. 463-489). København: Munksgaard.

Freeman, D., Bold, E., Chadwick, E., Taylor, K. M., Collett, N., Diamond, R., ... & Waite, F. (2019). Suicidal ideation and behaviour in patients with persecutory delusions: Prevalence, symptom associations, and psychological correlates. *Comprehensive psychiatry*, 93, 41-47.

Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats* (3.utg.). 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.

- Hagen, J., Hjelmeland, H. & Knizek, B. L. (2020). Suicidalitet er relasjonell. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(2).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2020). *Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025. Ingen å miste.* [på nett] Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/ef9cc6bd2e0842bf9ac722459503f44c/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selv-mord-2020-2025.pdf> [lastet ned 21. april 2020]
- Håkonsen, K, M. (2018). *Psykologi og psykiske lidelser* (5.utg.) Oslo: Gyldendal
- Jones, R., Regan, M., Ristevski, E., & Breen, S. (2011). Patients' perception of communication with clinicians during screening and discussion of cancer supportive care needs. *Patient education and counseling*, 85(3), 209-215.
- McGowan, J., Sampson, M., Salzwedel, D. M., Cogo, E., Foerster, V., & Lefebvre, C. (2016). PRESS peer review of electronic search strategies: 2015 guideline statement. *Journal of clinical epidemiology*, 75, 40-46.
- Munn, Z., Stern, C., Aromataris, E., Lockwood, C., & Jordan, Z. (2018). What kind of systematic review should I conduct? A proposed typology and guidance for systematic reviewers in the medical and health sciences. *BMC Med Res Methodol*. 18(1):5. doi: 10.1186/s12874-017-0468-4. PMID: 29316881; PMCID: PMC5761190.
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85.
- 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>
- Pedersen, R. & Nortvedt, P (red.) (2017). *Etikk i psykiske helsetjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Petersen, K., & Ali, N. B. (2011, September). Identifying strategies for study selection in systematic reviews and maps. In *2011 International Symposium on Empirical Software Engineering and Measurement* (351-354).

Psykisk helsevernloven (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>

Roper, C., Stjernegaard, K., Kennedy, H., & Edan, V. (2020). Recovery. I Buus, N., Askham, B., Berring, L. L., Hybholt, L., Stjernegaard, K. & Tønder, E. S. (Red.), *Psykiatrisk sygepleje* (2.utg., s.23-55). København: Munksgaard.

Sellin, L., Asp, M., Wallsten, T., & Wiklund Gustin, L. (2017). Reconnecting with oneself while struggling between life and death: The phenomenon of recovery as experienced by persons at risk of suicide. *International journal of mental health nursing*, 26(2), 200-207.

Travelbee, J. (1963). What do we mean by rapport?. *The American journal of nursing*, 70-72.

Travelbee, J. (1964). What's wrong with sympathy?. *The American Journal of Nursing*, 64(1), 68-71.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing* (2. utg). Philadelphia, PA: F.A. Davis Company.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vandewalle, J., Deproost, E., Goossens, P., Verfaillie, J., Debyser, B., Beeckman, D., ... & Verhaeghe, S. (2020). The working alliance with people experiencing suicidal ideation: A qualitative study of nurses' perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 76(11), 3069-3081.

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

Vedlegg

Tabell 1. Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
23.03.22	Oria	Selv mord* AND selvmordsforebygg* AND nurs*	2012-2021, fulltekst, fagfellevurdert	11	3	2	2
23.03.22	PubMed	(suicid* AND inpatient*) AND prevent* AND (psych* nurs*)	2012-2022, full text (ingen limiter for "peer review" finnes i PubMed, de fleste artikler indeksert er imidlertid fagfellevurderte)	73	8	5	1
28.03.22	Cinahl	(in-patient psychiatric unit OR ward OR hospital) AND suicid* prevent* AND nurs*	2012-2021, linked full text, peer reviewed.	30	4	3	1
28.03.22	Idunn	Selv mord* AND forebygg* AND sykepl*	2012-2022, forskningsartikkel	12	3	1	0
23.03.22	SweMed+	(suicide OR självmord) AND (nurs* OR sjuksköterska)	2012-2019, artikkel, peer reviewed tidskrifter	52	2	1	0

Tabell 2. Litteraturmatrise

Forfatter(e) År Tidsskrift Land	Tittel	Hensikten med studien	Perspektiv	Metode og analyse	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/ resultater	Kvalitets-vurdering inkludert etiske overveielser
Berg et al. 2020 BMC Psychiatry Norge	Adaptive capacities for safe clinical practice for patients hospitalised during a suicidal crisis: a qualitative study	Utforske trygg klinisk praksis for selvmordstruede pasienter innlagt i psykiatrisk sykehus gjennom å forstå helsepersonell sin evne til å tilpasse seg utfordringer og endringer.	Profesjons- utdannet helsepersonell (sykepleiere, leger, psykologer)	Kvalitativ tilnærming. Data ble samlet inn ved fokusgruppe- intervjuer med 5 deltakere per gruppe, i tillegg til semi- struktureerte intervjuer med 18 deltakere. Det ble gjennomført Kvalitativ innholdsanalyse.	14 sykepleiere, 6 leger, 5 psykologer som fortalte om sine erfaringer med arbeid med selvmordstruede pasienter i åpen eller lukket psykiatrisk avdeling. Fem ulike avdelinger: psykosepost, affektiv post, akuttpost, rehabiliteringspost, korttids stabiliseringpost.	Helsepersonells tilpasningsevne er avgjørende for pasientens sikkerhet/trygghet. Erfaringskompetanse og individualisert behandling (pasient-sentrert omsorg) er viktig. Teamarbeid for å håndtere usikkerhet om trygg behandling i ansattgruppen, samt hindre overdreven selvtillit og bedre dårlig selvtillit i pasientbehandlingen.	18/20 poeng etter JBIs kritiske vurderingsverktøy. Begrensninger: deltakere fra kun ett sykehus. Begrenset til trygg klinisk praksis på mikronivå. Etiske overveielser: innhentet informert samtykke fra deltakere, opprettholdt deltakernes anonymitet.
Hagen et al. 2018 International journal of Qualitative Studies on Health and Well-being Norge	Former suicidal inpatients' experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway.	Utforske tidligere innlagte, selvmordstruede pasienter sine behandlingserfaringer etter at de nasjonale retningslinjene for selvmordsforebygging ble implementert.	Pasienter	Kvalitativ tilnærming. Data ble samlet inn ved semi-struktureerte, individuelle intervjuer av 5 deltakere. Fortolkende fenomenologisk analyse (IPA) benyttet til å analysere dataene.	5 pasienter fortalte om sine erfaringer med å være innlagte pasienter med selvmords- problematikk.	Manglende støtte og tilknytning (connection) fra personalet i interaksjoner førte til negative hendelser. Medisiner er ikke løsningen, behov for fokus på det relasjonelle. Pasientene opplever disse punktene som sentrale for recovery: - Individualisert omsorg og behandling. - Interpersonlig kjemi. - Medmenneskelighet – å bli sett som en verdiful person. - Støtte og mulighet for selvutvikling.	18/20 poeng etter JBIs kritiske vurderingsverktøy. Begrensninger: liten utvalgsstørrelse. Deltakere kun fra ett sykehus. Etiske overveielser: innhentet informert samtykke fra deltakere, opprettholdt deltakernes anonymitet.

						- Forholdet til familiemedlemmer; opplevelse av støtte og det å ha et nettverk.	
Sellin et al. 2017 International journal of mental health nursing Sverige	Reconnecting with oneself while struggling between life and death: The phenomenon of recovery as experienced by persons at risk of suicide.	Beskrive recovery slik det oppleves av selvmordstruede pasienter i en sykepleiekontekst	Pasienter	Kvalitativ tilnærming. Data ble samlet inn ved fenomenorienterte intervjuer av 14 deltakere. Data ble analysert gjennom et refleksivt livsverdenperspektiv.	14 tidligere selvmordstruede pasienter fortalte om sine opplevelser av recovery, og hva sykepleier kan gjøre for å fremme recoveryprosessen.	Pasientene ønsket at sykepleier skulle anerkjenne deres livsverden, og at sykepleier skulle tilrettelegge for involvering av støttende pårørende under innleggelsen. Sentralt for recovery var opplevelse av evne til å styre eget liv, få kontakt med seg selv igjen, gi seg selv en stemme, gjenfinne verdighet og finne balanse.	19/20 poeng etter JBIs kritiske vurderingsverktøy. Begrensninger: mulig kjønnsbias (3 menn, 11 kvinner). Ikke tatt høyde for forskjeller mellom pasientene. Etske overveielser: innhentet informert samtykke fra deltakere, opprettholdt deltakernes anonymitet.
Vandewalle et al. 2020 Journal of Advanced Nursing Belgia	The working alliance with people experiencing suicidal ideation: A qualitative study of nurses' perspectives.	Øke konseptuell forståelse av arbeidsalliansen mellom sykepleier og pasient i selvmordsforebyggende arbeid.	Sykepleiere	Kvalitativ tilnærming. Data ble samlet inn ved semi-strukturerte, individuelle intervjuer med 28 deltakere. Leuven kvalitativ analyseguide benyttet til å analysere dataene.	28 sykepleiere fra psykiatrisk sykehusavdeling fortalte om sine nylige erfaringer (ila. siste året) med å følge opp selvmordstruet pasient.	Relasjonell omsorg. "Seeking attunement and connectedness" med selvmordstruede: 1. Skape arbeidsallianse. 2. Den kliniske delen av arbeidsalliansen. 3. Påvirkning av pasienten via arbeidsalliansen.	19/20 poeng etter JBIs kritiske vurderingsverktøy. Begrensninger: manglende pasientperspektiv. Engangsintervju ikke nok for å oppnå dybdeforståelse av arbeidsalliansen. Etske overveielser: innhentet informert samtykke fra deltakere, opprettholdt deltakernes anonymitet.

Tabell 3. Oversikt over valgte forskningsartikler

Artikkelinformasjon	Hensikt	Perspektiv	Metode	Resultat
<p>Berg et al. (2020)</p> <p>Adaptive capacities for safe clinical practice for patients hospitalised during a suicidal crisis: a qualitative study.</p> <p>Norge</p>	<p>Utforske trygg klinisk praksis for pasienter i selvmordskrise, innlagt ved psykiatriavdelinger i sykehus, gjennom å forstå profesjonelle helsearbeideres evner til å tilpasse seg til utfordringer og endringer i klinisk omsorg.</p>	<p><i>Profesjonsutdan net helsepersonell</i>, i enten åpen eller lukket psykiatrisk sykehusavdeling.</p>	<p>Fem fokusgruppe intervjuer, semi-strukturert intervju, totalt 25 deltakere.</p> <p>Semi-strukturerte individuelle intervjuer, 18 deltakere.</p> <p>14 sykepleiere, 6 leger, 5 psykologer (7 menn, 28 kvinner)</p> <p>Kvalitativ innholdsanalyse</p>	<p>Helsepersonells tilpasningsevne er avgjørende for pasientens sikkerhet/trygghet.</p> <p>Erfaringskompetanse og individualisert behandling (pasient-sentrert omsorg) er viktig.</p> <p>Teamarbeid for å håndtere usikkerhet om trygg behandling i ansattgruppen, samt hindre overdreven selvtilit og bedre dårlig selvtilit i pasientbehandlingen.</p>
<p>Hagen et al. (2018)</p> <p>Former suicidal inpatients' experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway.</p> <p>Norge</p>	<p>Utforske hvordan tidligere suicidale innlagte pasienter opplevde behandling og omsorg i psykiatriavdelinger i Norge, etter implementering av nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging i psykiatritjenesten.</p> <p>Fokus på områder av behandling og omsorg med potensiale for forbedring.</p>	<p><i>Pasienter</i> tidligere innlagt i psykiatrisk avdeling.</p>	<p>Semi-strukturerte individuelle intervjuer, 5 deltagere (1 mann, 4 kvinner).</p> <p>Intervjuer gjennomført enten i møterom (n = 3) poliklinisk (n = 1) eller i pasientens hjem (n = 1).</p> <p>Fortolkende fenomenologisk analyse (Interpretative phenomenological analysis (IPA)).</p>	<p>Manglende støtte og tilknytning (connection) fra personalet i interaksjoner førte til negative hendelser.</p> <p>Medisiner er ikke løsningen, behov for fokus på det relasjonelle.</p> <p>Pasientene opplever disse punktene som sentrale for recovery:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individualisert omsorg og behandling. - Interpersonlig kjemi. - Medmenneskelighet – å bli sett som en verdifull person. - Støtte og mulighet for selvutvikling. - Forholdet til familiemedlemmer; opplevelse av støtte og det å ha et nettverk.
<p>Sellin et al. (2017)</p> <p>Reconnecting with oneself while struggling between life and death: The phenomenon of recovery as experienced by persons at risk of suicide.</p> <p>Sverige</p>	<p>Beskrive fenomenet recovery i sykepleieomsorgsammenheng, slik det er opplevd av selvmordstruede personer.</p>	<p><i>Pasienter</i> med selvmordsrisiko, innlagt i psykiatrisk klinikk.</p>	<p>Fenomen-orienterte individuelle intervjuer av 14 pasienter (11 kvinner, 3 menn), gjennomført i samtalerom på klinikken.</p> <p>Analyserte data gjennom et refleksivt livsverdenperspektiv.</p>	<p>Pasientene ønsket at sykepleier skulle anerkjenne deres livsverden, og at sykepleier skulle tilrettelegge for involvering av støttende pårørende under innleggelsen.</p> <p>Sentralt for recovery var opplevelse av evne til å styre eget liv, få kontakt med seg selv igjen, gi seg selv en stemme, gjenfinne verdighet og finne balanse.</p>
<p>Vandewalle et al. (2020)</p> <p>The working alliance with people experiencing suicidal ideation: A qualitative study of nurses' perspectives.</p> <p>Belgia</p>	<p>Forsterke den konseptuelle forståelsen av arbeidsalliansen i sykepleieomsorg, for personer som opplever selvmordstanker.</p>	<p><i>Sykepleiere</i> med nylig erfaring (innen 1 år) med selvmordstruet pasient. Psykiatrisk sykehusavdeling.</p>	<p>Semi-strukturerte individuelle intervjuer, 28 deltagere (19 kvinner, 9 menn), gjennomført på sykehuset.</p> <p>Leuens kvalitative analyseguide.</p>	<p>Relasjonell omsorg.</p> <p>“Seeking attunement and connectedness” med selvmordstruede:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Skape arbeidsalliansen. 5. Den kliniske delen av arbeidsalliansen. 6. Påvirkning av pasienten via arbeidsalliansen.

Tabell 4. Seleksjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Publikasjonsdato fra og med 1. januar 2012	Publikasjonsdato før 1. januar 2012
Tilgang til fulltekstartikkel	Pediatrike pasienter, ungdommer eller geriatrike pasienter
Voksne pasienter i et sykehusmiljø	Ikke sykehusmiljø
Pasient- og sykepleierperspektiv	Manglende innsikt i utvalget eller manglende etiske betraktninger

Tabell 5. Nøkkeltermer i PICO-tabell, brukt for å utforme søkestrategien

Population	Interest	Context
Suicid*	Prevent*	Psychiatric unit
In-patient*	Interven*	Ward
<i>Suicidal ideation</i>		Hospital
<i>Suicide attempt</i>		Psych* nurs*

Engelsk

Populasjon	Interesse	Kontekst
Selv mord*	Selv mordsforebygg*	Nurs*

Norsk

Tabell 6. Begrepskoding

PASIENTER	
<p>Hagen et al., 2018</p> <p>Recovery oppnås gjennom støtte (personale som viser respekt, behandler pasienter som verdifulle mennesker, ser deres lidelse og behov). En forutsetning for recovery er å involvere pasientens pårørende, eksempelvis i utarbeidelse av kriseplan.</p> <p>Sosial tilknytning til personalet (sense of companionship) -> etablere tillit (trusting connection).</p>	<p>Sellin et al., 2017</p> <p>En forutsetning for recovery er å kunne uttrykke seg og gi seg selv en stemme. Personalet må muliggjøre at pasienten kan oppleve å ha evne til å styre sitt eget liv.</p> <p>Pasienten kan få verdigheten tilbake gjennom sosial tilknytning (connectedness) – kontakt med støttende personale og pårørende.</p> <p>Se og bekrefte pasientens livsverden for å individualisere behandling.</p>

Fokus på skreddersydd og individualisert behandling der pasienten opplever å bli verdsatt og anerkjent som individer.	
SYKEPLEIERE	PROFESJONSUTDANNET HELSEPERSONELL
<i>Vandewalle et al., 2020</i>	<i>Berg et al., 2020</i>
<p>Sosial tilknytning (connection) og tilpasse seg til pasientens perspektiv (attunement).</p> <p>Arbeidsallianse = interpersonlig og samarbeidsrettet relasjonell prosess.</p> <p>Fremme teamarbeid gjennom støttetiltak som fremmer kritisk refleksjon, emosjonell regulering og en åpen holdning.</p>	<p>Individualisere det terapeutiske miljøet og pasientens kriseplan.</p> <p>Tilpasningsdyktighet gjennom erfaringskompetanse og opparbeidet ekspertise.</p> <p>Teamarbeid: arbeidsmiljø som sikrer kollegial støtte og tillit, delt forståelse og situasjonell bevissthet.</p> <p>Personalet må være oppmerksomme og oppnå sosial tilknytning (connection) for at pasienten skal føle seg trygg på relasjonen.</p>

Tabell 7. JBIs kritiske vurderingsverktøy viste at de inkluderte artiklene holdt høy kvalitet, med scorer i området 18-19 utav mulige 20 poeng.

Artikkel	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10
Berg et al., 2020	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Rød	Grønn	Grønn	Grønn
Hagen et al., 2018	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Rød	Grønn	Grønn	Grønn
Sellin et al., 2017	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Oransje	Grønn	Grønn
Vandewalle et al., 2020	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Oransje	Grønn	Grønn

Grønn = 2 poeng, oransje = 1 poeng, rød = 0 poeng.