

## FORORD

Denne oppgaven har blitt til over tid, og temaet selvmordsforebygging har parallelt med skriveprosessen stadig vært fremme i media. Vi lever i en tid hvor forhold i samfunnet synes å påvirke mennesker til å tenke på døden som løsning på ulike problemer. Forebygging av selvmord er derfor et svært dagsaktuelt tema.

Deler av oppgaven er blitt til på reiser det siste året. Flyplasser og cafeer har i denne sammenheng fungert som skrivestue. Mennesker som har hastet forbi, har tilført nyttige tanker og perspektiver. Alle har sin egen historie, med ulike vansker og forskjellige styrker. Dersom noen av disse har tanker eller planer om å ta sitt eget liv, hva vil da være den enkeltes behov?

Mange mennesker med selvmordsproblematikk kommer i kontakt med psykisk helsevern. Her møtes de av fagfolk og føringer fra helsemyndigheter. Det har vært interessant å se på utfordringer og muligheter knyttet til de nasjonale retningslinjene. Jeg opplever selv at arbeidet med oppgaven har gitt meg ny kunnskap og utvidet forståelse for kompleksiteten i suicidologi som fagfelt. Oppsummert ser jeg selvmordsforebygging som et spenningsfelt av gode intensjoner. Det er stor enighet rundt målsetningen om å redde liv, men også stor uenighet om hvordan dette best lar seg gjøre. Selv tror jeg tiden er moden for en retningsendring, både når det gjelder forskning og klinisk praksis. Jeg tror det er nødvendig å akseptere risiko og heller i større grad konsentrere arbeidet om å bistå pasienter mer direkte med sine ulike livsvansker.

Nå er det siste punktet i oppgaven satt og tiden har kommet for å takke. Jeg har hatt stor nytte av gode kollegaer som både har bidratt med refleksjon og inspirasjon. Jeg vil også rette en stor takk til min veileder Heidi Hjelmeland! Din store ekspertise har vært verdifull! Gjennom konstruktive tilbakemeldinger har jeg fått hjelp til å holde stødig kurs i et komplekst landskap! Også takk til Øyvind for oppmuntring og korrektur lesing. Magnus og Marthe, dere må også med. Familiens støtte og forståelse for tidsbruk, har vært av stor betydning!

Trondheim, november 2017.

Tove U. Nygaard



## SAMMENDRAG

Hensikten i denne masteroppgaven er å drøfte ulike sider ved helsemyndighetenes anbefalinger for forebygging av suicid i psykisk helsevern. Målet er å fremme refleksjon rundt hvorvidt dokumentet *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (Helsedirektoratet, 2008) gir en hensiktsmessig tilnærming til selvmordsforebyggende arbeid i spesialisthelsetjenesten.

Dokumentanalyse benyttes som metode for å belyse og drøfte utfordringer og muligheter knyttet til føringene. Priors (2003, 2008) tilnærming til dokumentanalyse er valgt ettersom denne belyser forhold rundt dokumenters vitenskapsperspektiv, innhold og påvirkning.

Suicidologisk fag - og forsknings litteratur danner teorigrunnlag for dokumentanalysen. *Nasjonale retningslinjer for forebygging av suicid i psykisk helsevern* (Helsedirektoratet, 2008) er sammen med *Kunnskapsoppsummeringen* (retningslinjenes forskningsgrunnlag), (Kunnskapssenteret, 2006, 2007) hoved datakilde i oppgaven. I tillegg benyttes aktuelle fagartikler og forskningslitteratur for å belyse problemstillingen.

Analysen viser at retningslinjenes biomedisinsk forståelse av selvmord, gir en tilnærming til selvmordsforebygging som i for stor grad preges av risikotenkning og individuell patologi. Retningslinjenes standardisert risikotilnærming kan derfor gå på bekostning av andre tilnærminger, og dermed gi flere utfordringer enn muligheter i selvmordsforebyggende arbeid. Analysen viser at anbefalingene bygges på et svakt evidensgrunnlag, og at de fleste føringene mangler dokumentasjon på effekt. Analysen viser at det også er grunn til bekymring for at de nasjonale føringene i for stor grad tjener tilsynsmyndigheters formål, fremfor å bidra til hensiktsmessig kompetanse og trygghet hos fagfolk.

Nøkkelord: Selvmord, selvmordsatferd, selvmordsforebygging, selvmordsrisikovurdering, retningslinjer



## ABSTRACT

The purpose of this thesis is to discuss various aspects of the health authority's recommendations for suicide prevention in mental health care. The goal is to promote reflection about whether the document *National guidelines for prevention of suicide in mental health care* (Helsedirektoratet, 2008) provides an appropriate approach to suicide prevention in the mental health services.

Document analysis is used as a method to highlight and discuss the challenges and opportunities associated with the guidelines. Priors (2003, 2008) approach to document analysis is chosen, because this method highlights conditions concerning scientific perspective, content and impact.

Existing suicidologic literature and research from the field, forms the theory basis for the document analysis. *National guidelines for prevention of suicide in mental health care* (Helsedirektortet, 2008) is along with *Kunnskapsoppsummeringen (The summery of knowledge- The research base of the guidelines)*, (Kunnskapssenteret, 2006, 2007) the main data source in the thesis. In addition, articles with focus on suicideprevention, are used to discuss the issue.

The analysis shows that biomedical understanding of suicide is the main perspective in the guidelines. This perspective provides an approach to suicide prevention that focus on risk assesement and individual pathology, to a large extent. The guidelines´ standardized risk approach can therefore go at the expense of other approaches, and thus provide more challenges than opportunities in suicide prevention.

The analysis shows that the recommendations are based on a weak evidence base, and that most of the guidelines do not have documentation on effect. The analysis shows that there is also cause for concern that the national guidelines too large degree serves the supervisory authorities ' purposes, rather than to contribute to the appropriate expertise and confidence for the professionals.

Keywords: Suicide, suicidal behaviour, suicide prevention, risk assesement, guidelines



# Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1 Problemstilling.....	3
1.2 Aktualisering av tema.....	3
1.3 Egen forforståelse .....	3
1.4 Hva kan oppgaven bidra med? .....	4
1.5 Avgrensning.....	4
2.0 Begrepsavklaringer og oppgavens oppbygging .....	7
2.1 Selvmord.....	7
2.2 Selvmordsatferd.....	8
2.3 Selvmordsrisiko .....	8
2.4 Stadig tilbakevendende suicidalitet .....	8
2.5 Psykisk helsevern .....	9
2.6 Fagfolk.....	9
2.7 Pasient.....	10
2.8 Oppgavens oppbygging .....	10
3.0 Metode.....	11
3.1 Priors tilnærming til dokumentanalyse.....	11
3.1.1 Arkeologi .....	11
3.1.2 Innhold .....	12
3.1.3 Påvirkning i sosiale settinger: Actor -Network teori .....	12
3.2 Dokumenter som data og utvalg av litteratur .....	13
3.3 Arbeidsprosessen .....	14
4.0 Analyse av retningslinjenes arkeologi.....	15
4.1 Retningslinjenes 7 hovedområder .....	15
4.2 Helsepolitisk bakgrunn og produksjonsprosess.....	16
4.3 Kunnskapsoppsummeringen.....	18
4.3.1 Metodesvakheter ved kunnskapsoppsummeringen.....	19
4.3.2 Metodesvakheter ved forskning på risikofaktorer .....	21
4.4 Gjennomgående svakt dokumentasjonsgrunnlag .....	22
4.4.1 Validitet og reliabilitet .....	24
4.5 Vitenskapssyn og menneskesyn .....	24
4.6 Biomedisinsk forståelse .....	26
4.6.1 En psykiatriske sykdomsmodell og mulige konsekvenser av denne .....	26
4.6.2 Salutogenese versus patogenese.....	27

4.7 Ensidig forståelse av selvmord .....	28
4.7.1 Andre perspektiver .....	29
4.8 Sentrale momenter etter analyse av retningslinjenes arkeologi.....	30
5.0 Analyse av innhold.....	31
5.1 Anbefalinger og rettslige krav for kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko .....	31
5.1.1 Utfordringer ved evidensbasert kunnskapstilnærming .....	33
5.1.2 Begrensninger ved risikotilnærming i klinisk arbeid.....	34
5.2 Anbefalinger og rettslige krav for behandling.....	36
5.2.1 Psykisk sykdom og selvmord - spørsmål vedrørende evidensbasen .....	38
5.2.3 Dilemmaer rundt krav til diagnostisering og dokumentering .....	39
5.2.4 Bruk av tvang i selvmordsforebygging i psykisk helsevern .....	40
5.3 Anbefalinger og rettslige krav for kronisk suicidalitet.....	41
5.3.1 Kronisk suicidalitet - Et problematisk begrep.....	43
5.3.2 Motstridende føringer og uklare grenselinjer.....	45
5.4 Realiteter rundt retningslinjene .....	46
5.4.1 Dagens styringsform på kollisjonskurs med anbefalingene.....	46
5.4.2 Oppstykkede behandlingsskjeder og fragmenterte behandlingstilbud .....	47
5.4.3 Komplekse krav og håndtering av egne følelser.....	48
5.4.4 Tilsynssaker og energilekkasje til jussen .....	48
5.5 Fallgruver ved standardisering .....	50
5.5.1 Sekundærrisiko .....	50
5.6 Sentrale momenter etter analyse av innhold.....	52
6.0 Muligheter .....	53
6.1 Økt bevissthet og proaktiv tilnærming .....	53
6.2 Intensjon .....	54
6.3 Innspill vedrørende utfordringer .....	55
6.3.1 Muligheter gjennom behandling av psykisk sykdom .....	55
6.3.2 Muligheter gjennom sikkerhetstiltak .....	56
6.3.3 Suicidalitet og mestringsperspektiv .....	57
6.4 Hva kan synes å ligge implisitt i retningslinjene .....	57
7.0 Retningslinjenes påvirkning på fagfolk.....	59
7.1 Retningslinjene som aktør .....	59
7.2 Andre aktører i nettverket.....	60
7.3 Dynamisk vekselvirkning og ulike tolkninger.....	62
8.0 Avslutning .....	63



8.1 Evaluering av metode .....	63
8.2 Handtering av egen forforståelse .....	64
8.3 Innspill til en eventuell revisjon av retningslinjene .....	64



## 1.0 Innledning

Selv mord er et alvorlig tema som berører mange. I Norge tar årlig mellom 500 - 600 personer sitt eget liv. Dette gir en forekomst på 11-13 selvmord per 100 000 innbyggere. For hvert selvmord antas det at forekomsten av selvmordsforsøk er minst 10 ganger så høy (Folkehelseinstituttet, 2017). Kjønnfordelingsraten viser at 2-3 ganger så mange menn som kvinner, tar sitt eget liv. Forekomsten blant kvinner er høyest mellom 45-64 års alder, mens for menn er tallene ganske like etter fylte 25 år (Folkehelseinstituttet, 2015). Selvmordsforskning i Norden viser at suicid er den nest hyppigste dødsårsak i aldersgruppen 15-24 år. I alle nordiske land har antall selvmord i denne aldersgruppen vært økende fra 1980 – årene (Titelman, Oskarson, Wahlbeck, 2013).

I Norge har forebygging av selvmord offisielt vært på dagsorden siden 1993, gjennom *Nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge* (Helsedirektoratet, 1993). Med utgangspunkt i dette programmet ble det i 1994 også vedtatt en plan rettet mot helsevesenet; *Handlingsplan mot selvmord*. Den overordnede målsetning var her at helsetjenestene skulle bidra til å redusere antall selvmord her i landet (Statens helsetilsyn, 1995). I 2008 kom dokumentet *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Deretter fulgte *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading, 2014-2017* (Helsedirektoratet, 2014). Selvmordsforebygging er gjennom dette satt på dagsorden i Norge som en helsepolitisk målsetning.

Forebygging av selvmord er også et globalt fokusområde. I 2014 gav Verdens Helse Organisasjon ut rapporten *Preventing suicid: a global imperative*. Målet er her å øke bevisstheten rundt selvmordsproblematikk som et folkehelseproblem, samt sikre at selvmordsforebygging prioriteres (WHO, 2014). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* er et dokument som samsvarer med den globale målsetningen WHO fremmer.

Selv mordsstatistikken viser at mange mennesker vil kunne trenge hjelp til å velge andre løsninger når livet ser mørkt ut. Flere av disse kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten fordi er i behov av hjelp til å mestre livet. Dessverre er det også slik at uønskede dødsfall forekommer til tross for behandling, oppfølging og tilgang på ekspertise. I 2016 ble det innrapportert 149 selvmord hos pasienter under eller like i etterkant av

oppfølging fra psykisk helsevern (Saastad, 2016). Forebygging av selvmord i spesialisthelsetjenesten er dermed også et dagsaktuelt tema.

Det hersker ulike syn på hvordan viktig selvmordsforebyggende arbeid i psykisk helsevern best skal ivaretas. I denne masteroppgaven settes det fokus på føringer fra *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. (Heretter brukes også betegnelsen *retningslinjene*). Intensjonen bak retningslinjene er å få ned antall selvmord og selvmordsforsøk gjennom standardiserte, tilgjengelige og trygge tjenester. Dette bygger på en forståelse av at tidlig oppdagelse og tidlig intervensjon vil kunne forhindre eller redusere fare for selvmord (Helsedirektoratet, 2008). Retningslinjene tar utgangspunkt i at pasienter ikke alltid forteller spontant om sine selvmordstanker eller selvmordsplaner. Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko anbefales derfor som standard prosedyre for alle pasienter som kommer i kontakt med psykisk helsevern. Grundig kartlegging og risikovurdering betegnes i retningslinjene som et viktig kvalitetsløft i det selvmordsforebyggende arbeidet (ibid.).

Mange er kritisk til retningslinjenes standardiserte risikotilnærming og flere peker på uheldige konsekvenser av en denne (Gjelsvik, 2014; Hjelmeland, Hagen & Knizek, 2014; Aarre, Hammer & Stangeland, 2017). Aarre et al. (2017), går så langt som å be norske helsemyndigheter fjerne krav til risikovurderinger. Flere taler også for å fortsette med denne tilnærmingen (Walby, 2008; Mehlum, Ness & Walby, 2014; Emblemsvåg, 2014). I Internasjonal sammenheng har det de siste tiårs forskning vist at risikomålinger har begrenset effekt (Large & Ryan, 2013; Mulder, 2010; Wand, 2012). Likevel videreføres denne praksisen i anbefalinger fra helsepolitisk hold.

Walby (2008), som selv var en av hovedaktørene i utarbeidelsen av retningslinjene, understreker at det har vært en målsetning å gjøre *Nasjonale retningslinjer for forebygging av suicid i psykisk helsevern*, så nyttig og praktisk anvendelig som mulig. Samtidig uttrykker han det vil kunne være behov for kvalitetsforbedringer, og at retningslinjene derfor etter noen år bør gjennomgå en revisjon.

I denne masteroppgaven vil det settes søkelys på fagfolks erfaringer og innspill fra forskningsfeltet. Noen av momentene som fremkommer vil trolig være relevante å ta hensyn til ved en eventuell revisjon av retningslinjene.

## **1.1 Problemstilling**

*Hvilke utfordringer og muligheter møter fagfolk i klinisk arbeid gjennom føringer fra Nasjonale Retningslinjer for forebygging av suicid i psykisk helsevern?*

Problemstillingen vil søkes besvart gjennom analyse av retningslinjenes underliggende vitenskapsforståelse, innhold og påvirkning, basert på Priors tilnærming til dokumentanalyse (Prior 2003, 2008).

## **1.2 Aktualisering av tema**

Handtering av selvmordsproblematikk hos pasienter i psykisk helsevern kan være utfordrende for fagfolk (Stangeland, 2016, Berglund, Frøysaa & Siqveland, 2015). Hos noen mennesker preger tanker og planer om å avslutte sitt eget liv hverdagen i en kort og avgrenset periode, mens hos andre kan dette være til stede over flere år (Paris, 2007). Bevissthet omkring forebygging av selvmord og kunnskap om hvordan man kan hjelpe mennesker til å velge livet, vil være viktig for fagfolk i møte med mennesker som ikke lenger kjenner håp i livet. Ettersom mange mennesker med selvmordstanker og selvmordsplaner kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten, vil det være aktuelt å se på hvilke føringer som foreligger for handtering av selvmordsfare her. Dokumentet *Nasjonale retningslinjer for forebygging av suicid i psykisk helsevern* legger føringer for fagfolks tilnærming og det vil derfor være aktuelt å se nærmere på anbefalingene som gis, og undersøke hvorvidt føringene byr på utfordringer eller muligheter i det selvmordsforebyggende arbeidet.

## **1.3 Egen forforståelse**

Jeg har jobbet med mennesker i høyrisikogrupper for selvmord i 20 år. Som psykiatrisk sykepleier har jeg møtt mennesker med selvmordsproblematikk på akuttposter og i poliklinikk. Gjennom årenes løp har jeg reflektert over hvordan kan man hjelpe personer som ser døden som en bedre løsning enn livet. Hvilke tiltak virker, og hvordan kan man bidra til å vekke håp og tro på at livet kan leves selv om det ser mørkt ut? Arbeidet med å hjelpe kan være utfordrende, men jeg har heldigvis også sett at det nytter. Jeg har erfart at det finnes håp, og at mennesker med suicidalproblematikk på nytt kan mestre livet igjen.

Dessverre har jeg også opplevd at pasienter har tatt sitt eget liv mens de har vært i behandling. Som fagperson og som menneske har jeg i denne sammenhengen kjent følelser som sorg og smerte over å ha feilet i å hjelpe. I tillegg har frykt for eventuelle represalier fra tilsyns myndigheter også vært en belastning.

Slik jeg oppfatter det, er det ofte i denne faglige og følelsesmessige spennvidden, at det kliniske arbeidet med forebygging av selvmord i psykisk helsevern befinner seg. Et ønske om å hjelpe påvirkes raskt av frykt for å bli tatt for ikke å ha gjort jobben godt nok. Dette har vekket min undring om vi er på rett spor når det gjelder selvmordsforebygging i spesialisthelsetjenesten. Ettersom det råder ulike syn på hvordan helsevesenet best kan bistå mennesker i selvmordsfare, ønsker jeg å se nærmere på hvilke føringer retningslinjene gir, samt undersøke erfaringer og innspill fra det suicidologiske forsknings - og fagfelt.

Gjennom dokumentanalysen må jeg hele tiden være bevisst at min egen forforståelse kan prege resultatet i oppgaven. Jeg vil hele tiden måtte søke å være åpen for funn som ikke samsvarer med min egen oppfatning. I oppgavens avslutningskapittel, vil jeg redegjøre for hvordan jeg har handtert dette gjennom skrivearbeidet.

#### **1.4 Hva kan oppgaven bidra med?**

Denne oppgaven kan bidra med å sette fokus på fagfolks erfaringer med retningslinjene, samt synliggjøre innspill fra forskning og fagfelt. Oppgaven kan bidra med refleksjon rundt hvorvidt en risikobasert tilnærming er den mest hensiktsmessige måten å møte selvmordsproblematikk på, eller om andre tilnærminger også bør få plass. Oppgaven vil også bidra med refleksjon rundt retningslinjenes behandlingstilnærming og forståelse av suicidalitet. Det vil være et ønske at refleksjon rundt dette tema, i neste omgang kan komme pasientene til gode.

#### **1.5 Avgrensning**

Nasjonale retningslinjer for forebygging av suicid i psykisk helsevern er et omfattende dokument. I oppgaven avgrenses fokuset til retningslinjenes områder: Kartlegging og vurdering av selvmordsfare, behandling og kronisk suicidalitet. Disse områdene er valgt ut fordi de representerer en viktig grunnlagstenkning for dokumentets føringer.

Det vil søkes å belyse hvordan retningslinjene påvirker fagfolk og hvorvidt risikotilnærming er hensiktsmessig i møte med suicidale pasienter. Oppgaven skrives med utgangspunkt i fagfolks møter med selvmordsproblematikk hos pasienter psykisk helsevern. Det vil settes fokus på de felles utfordringer og muligheter retningslinjene kan tenkes å representere på tvers av yrkesmessig stand og spesifikk arbeidsplass. Det vil derfor ikke i særlig grad fokuseres på særskilte forhold vedrørende faggruppering eller avdelingsspesifikke forhold.





## 2.0 Begrepsavklaringer og oppgavens oppbygging

Her følger en oversikt over begreper som brukes ofte, samt en redegjørelse for hvordan disse forstås i oppgaven. Til sist følger en oversikt over oppgavens oppbygging.

### 2.1 Selvmord

Ulike definisjoner og forklaringsmodeller søker å gi en forståelse av selvmord. Retterstøls (1995) definisjon på selvmord er mye brukt i Norge:

*Selvmord er en bevisst og villet handling som individet har foretatt for å skade seg selv, og hvor skaden har ført til døden (s.12).*

Denne definisjonen vektlegger en klar intensjon om død. I følge De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof & Bille-Brahe (2004) vil det imidlertid alltid være uklarerhet rundt den aktuelle intensjon ved det enkelte selvmord. Et godt alternativ til Retterstøls forståelse vil derfor være Shneidman`s (1985) nyanserte beskrivelse:

*Currently in the Western world, suicide is a conscious act of self-induced annihilation, best understood as a multidimensional malaise in a needful individual who defines an issue for which the suicide is perceived as the best solution (s. 203).*

Her vektlegges selvmord som et multifaktorielt fenomen, og denne beskrivelsen er derfor godt egnet til å belyse retningslinjene ut i fra.

Hvorfor velge noen å avslutte sitt eget liv? Shneidman (1985), forklarer selvmord med psykisk smerte og livskrise. Selvmord kan for noen bli det endelige valget ut av smerten når den psykiske belastningen ved å leve blir for stor. Andre gjør selvmordsforsøk i håp om å bli hjulpet til et bedre liv. For noen kan den psykiske smerten knyttes til psykisk eller fysisk sykdom, mens for andre kan ulike kriser i livet, uavhengige av psykisk lidelse, føre til selvmord eller selvmordsforsøk (Ekeberg & Hem, 2016). Selvmord ses som endepunktet i en prosess der indre og ytre belastninger over tid ikke har latt seg endre eller løse på en måte som gjør livet grunnleggende bedre (Shneidman, 1985). Denne forståelsen legges til grunn når oppgaven skrives.

## 2.2 Selvmordsatferd

Oppgaven vil i stor grad benytte begrepet selvmordsatferd. I sin videste forstand dekker dette begrepet alle ytringsformer, fra betroelser om dødsønsker til gjennomført selvmord (Paris, 2007). Mange begreper kan favnes her: Selvmordsforsøk, parasuicid, selvpåførte skader og villet egenskade er begreper som brukes for å beskrive selvmordsatferd som ikke nødvendigvis ender med døden, eller har døden til hensikt (Diserud, 2006). Begrepet vil benyttes i oppgaven fordi ulike betegnelser favnes her. Det vil ikke redegjøres nærmere for de ulike begrepene da dette ikke er av betydning for analysen.

Begrepet selvmordsatferd brukes også fordi det uttrykker en forståelse av at suicidalitet nettopp er atferd, heller enn kun uttrykk for psykisk sykdom; *Suicid behavior is not a psychiatric diagnoses, such as depression or schizofrenia, but it is an act that always has its very personal and individual inner truth* (Michel, 2011, s. 3). Denne poengteringen vil kunne bidra som innspill til retningslinjenes fremheving av sammenheng mellom psykisk lidelse og selvmord.

## 2.3 Selvmordsrisiko

I retningslinjene defineres selvmordsrisiko på denne måten:

*Selvmordsrisiko defineres som en risiko for at et menneske vil ta livet sitt i en gitt tidsperiode i en gitt situasjon* (Helsedirektoratet, 2008, s. 14).

Psykisk lidelse, rusmisbruk, tidligere selvmordsforsøk, tap av selvaktelse, æreskrenkelse og manglende nettverk fremheves som viktige risikofaktorer (ibid.). Retningslinjenes tilnærming til forebygging av selvmord tar utgangspunkt i kartlegging og vurdering av risikofaktorer for selvmord. Oppgaven vil i stor grad dreie seg om å belyse ulike forhold relatert til denne tilnærmingen.

## 2.4 Stadig tilbakevendende suicidalitet

Begrepet brukes i oppgaven som en erstatning for retningslinjenes begrepsbruk kronisk suicidalitet. Dette fordi denne betegnelsen ikke har sammen negative ladninger og konnotasjoner som kronisk suicidalitet. Begge disse betegnelsene søker å beskrive fenomener

hvor selvmordsatferd inngår som et forsøk på å mestre vanskelige emosjoner (Helsedirektoratet, 2008). Formuleringen stadig tilbakevendende suicidalitet brukes uten kildereferanse, ettersom jeg ikke har funnet dette brukt som eget begrep i litteraturen.

## **2.5 Psykisk helsevern**

Denne betegnelsen beskriver det tilbud spesialisthelsetjenesten gir til mennesker med psykiske vansker eller psykisk sykdom. Psykisk helsevern ble tidligere betegnet som *Psykiatrien*. I dag består tilbudet av ulike døgnavdelinger som tilbyr både akutt og langtids behandling. Poliklinisk og ambulant oppfølging finnes også i ulike former og inndelinger.

## **2.6 Fagfolk**

Oppgaven bruker betegnelsen fagfolk. Klinikere, terapeuter eller behandlere brukes også noen ganger for å bidra til språklig variasjon. Dette kan i oppgaven være høyskoleutdannet helsepersonell, lege eller psykolog.

Retningslinjene går langt i å anbefale at selvmordrisikovurderinger kvalitetssikres av lege med spesialisering i psykiatri eller psykologspesialist (Walby, 2008). I sengeposter foretas selvmordsrisikovurderinger stort sett av lege eller psykolog, mens i polikliniske / ambulante virksomheter vil også ansatte med annen profesjonsbakgrunn og grad av spesialisering være involvert i selvmordsrisikovurderinger (Helsedirektoratet, 2008). Utfordringer og muligheter vil i stor grad være de samme, uavhengig av profesjon, så lenge opplæring er ivaretatt. Oppgaven vil derfor bruke fellesbetegnelsen fagfolk. Spesifikke problemstillinger knyttet til hvorvidt en fagperson er lege med spesialisering, eller for eksempel sykepleier med videreutdanning, drøftes ikke i oppgaven. Det vil imidlertid bli belyst at den rolle man har i forhold til definert ansvarsområde kan synes å påvirke opplevelsen av føringene for ulike faggrupper.

## **2.7 Pasient**

Begrepet pasient brukes om mottaker av helsehjelp og selvmordsforebyggende tiltak. Begrepet benyttes fordi det er denne betegnelsen som brukes om mottakere av helsehjelp i psykisk helsevern.

Pasientbetegnelsen kan i seg selv bidra til opplevelse av sykeliggjøring og distanse, og dette kan være en uheldig virkning. Begrepet har sine svakheter, men alternativene er også dårlige (Hem, 2013). Bruker eller klient kan også tas i bruk som mottakere av helsehjelp, men også disse begrepene kan føre til fremmedgjøring (ibid.). I mangel av et bedre begrep benyttes derfor pasient i masteroppgaven.

## **2.8 Oppgavens oppbygging**

Oppgaven bygges opp på følgende måte:

Aktualisering av tema og problemstilling presenteres i kapittel 1. Begrepsavklaringer og oversikt over oppgavens oppbygging følger deretter i kapittel 2. Metoden beskrives i kapittel 3. Videre følger analyse av retningslinjenes bakgrunnsforståelse og innhold i kapittel 4 og 5. utfordringer knyttet til retningslinjenes føringer drøftes fortløpende i disse kapitlene før muligheter ved anbefalingene synliggjøres i et eget kapittel (Kapittel 6). En utdyping av hvilken påvirkning retningslinjene synes å ha på fagfolk oppsummeres i henhold til Priors referanse til Actor - Network teori i kapittel 7. Her vil også utfordringer og muligheter ved retningslinjene ses opp imot hverandre Til sist i oppgaven (kapittel 8) foretas metode evaluering samt redegjøring for handtering av egen forforståelse gjennom arbeidsprosessen. Innspill til en eventuell revisjon av retningslinjene vil avrunde dokumentanalysen analysen her.

## 3.0 Metode

Dokumentanalyse vil benyttes som metode til å se nærmere på hvilke utfordringer og muligheter fagfolk møter gjennom retningslinjenes føringer for handtering av suicidalproblematikk i psykisk helsevern. Priors (2003, 2008) tilnærming til dokumentanalyse med fokus bakgrunn, innhold og påvirkning er valgt ettersom denne i stor grad setter fokus på hvordan mennesker påvirkes av det skrevne, altså i denne sammenheng retningslinjene. Sentrale utfordringer og muligheter vil analyseres gjennom å se på erfaringer og innspill fra fagmiljø og forskningsfelt. Hvordan retningslinjene påvirker fagfolk vil altså være et viktig fokus.

### 3.1 Priors tilnærming til dokumentanalyse

Prior (2003) beskriver fire tilnærminger til dokumentanalyse; arkeologi, innhold bruk/funksjon og påvirkning i sosiale settinger. Ettersom det ikke foreligger dokumentasjon rundt bruk og funksjon av retningslinjene, utelates denne tilnærmingen. Hovedfokus vil være analyse av arkeologi og innhold. Disse analysedelene vil deretter danne utgangspunkt for en oppsummering av funn som beskriver retningslinjenes påvirkning på fagfolk, i henhold til Priors referanse til Actor -Network teori.

Teksters påvirkning i sosiale settinger er Priors hovedanliggende i alle tilnærminger til dokumentanalyse (Prior, 2003, 2008). Det understrekes at tekst kun har mening i sosiale settinger og at analyse av dokumenter derfor alltid må relateres til sin rette sammenheng. I denne oppgaven vil den sosiale setting relatere seg til samhandling mellom fagfolk og pasienter med suicidalproblematikk i psykisk helsevern. Oppgaven vil søke å belyse hvordan hjelpere *drives* av retningslinjene, og derigjennom belyse problemstillingen om hvilke utfordringer og muligheter fagfolk møter gjennom dokumentets føringer.

#### 3.1.1 Arkeologi

Her vil analysen dreie seg om retningslinjene som et produkt. I følge Prior (2003, 2008) vil det alltid være hensiktsmessig å undersøke hvordan dokumentet ble produsert og hvem som

produserte det. Dette fordi dokumenter oppstår i sosiale settinger, og derfor må betraktes som kollektive sosiale produkter.

Prior setter fokus på dokumenters påvirkning i sosial samhandling mellom mennesker, gjennom overføring av ideer og forestillinger. Hun refererer til Foucault (1970) i forhold til sitt syn på dokumenter som et arkeologisk produkt. Her trekkes fokus på underliggende struktur i kunnskapssystemer frem. Avdekking av grunnleggende vitenskapssyn bør være et sentralt moment i analyser. Dokumentanalyse ses her som en øvelse i å frembringe innsikt i hvordan det samfunn og den tradisjonen dokumentet er oppstått i tenker. En kritisk refleksjon rundt momenter som fremkommer i analysen hører også med (Prior, 2008).

### **3.1.2 Innhold**

Når det gjelder analyse av innhold, anbefaler Prior (2003) at det redegjøres for aktuell tekst, og at sentrale momenter drøftes i henhold til den kontekst dokumentet benyttes i. Redegjøring av aktuelt innhold vil være viktig for å få et overblikk over dokumentet, men samtidig argumenterer Prior for at innholdet i seg selv er mindre interessant enn fokus på det som er rundt selve teksten. Dokumenter inneholder tekst, men i tillegg til å være en container for et budskap, spiller de også en rolle som aktører i sosiale interaksjoner, samtidig som dokumentet og brukeren påvirkes av forhold rundt den aktuelle konteksten dokumentet brukes i (Prior 2003, 2008). Det interessante fokus for sosial forskning er hvordan dokumenter påvirker leseren til å handle på bestemte måter. Fokus i innholdsanalysen blir derfor på dokumentets hovedmomenter og påvirkning, i stedet for dokumenter kun som en bærer av et innhold. Forhold utenfor dokumentet som påvirker den aktuelle konteksten, er også av interesse og bør belyses som en del av innholdsanalysen (Prior 2008).

### **3.1.3 Påvirkning i sosiale settinger: Actor -Network teori**

I Actor - Network teori beskrives samtidig og gjensidig påvirkning mellom mennesker, ting og konsepter. Teorien er utviklet av flere forskere, blant annet Latour, Callon og Law. Prior (2003, 2008) refererer til denne teorien for å tegne et bilde av dokumenters påvirkning, ettersom skriftlig tekst og mennesker står i et gjensidig påvirkningsforhold til hverandre (ibid.).

Sentralt i teorien er tanken om at *ikke menneskelige ting* (dokumenter), har påvirkning på menneskers atferd i sosiale settinger. Distinksjonen mellom materielle objekter og menneskelige aktører utfordres, og dokumenter ses som aktører i menneskelig samhandling. *Menneskelige og ikke menneskelige aktører* likestilles dermed i gjensidig påvirkning av hverandre. Skriftlige tekster betraktes ikke kun som passive ressurser, men som aktører med direkte virkning på menneskelig atferd. Som aktør kan dokumenter spille ulike roller: Aktøren kan bistå som ressurs, eller fungere som opponent klar til å kritisere eller trykke ned. Begrepet *inskripsjon*, sier noe om hvor sterk påvirkningskraft aktøren (dokumentet) har. Betegnelsen benyttes for å beskrive hvordan objekter skaper et bruksmønster, det vil si hvordan de legger til rette for bruk på bestemte måter. Et objekt med sterk inskripsjon tvinger brukeren til å benytte objektet på en bestemt måte mens ved svak inskripsjon kan objektet brukes på andre måter enn planlagt (Latour & Woolgar, 1989). Actor -Network teorien fokuserer også på kartlegging av aktuelle aktører i sosiale nettverk, ettersom ulike aktører antas å ha større eller mindre påvirkningskraft på de andre aktørene og på helheten i nettverket (Prior 2003, 2008, 2011; Callon 1989; Latour, 1983, 2005; Law, 1994).

Referansen til *Actor- Network* teori vil brukes i oppgaven for å oppsummere og understreke retningslinjenes påvirkningskraft på fagfolk i psykisk helsevern. Samtidig og gjensidig bidrag til påvirkning fra forhold/aktører utenfor selve dokumentet tydeliggjøres her. Det vil ikke foretas en full redegjørelse for teorien ettersom det er Priors referanse til aktuelle momenter for dokumentanalyse, som er av interesse. Det vil av samme grunn heller ikke foretas noen drøfting av selve teorien.

### **3.2 Dokumenter som data og utvalg av litteratur**

Thagaard (2009) understreker at dokumenter skiller seg fra andre data, ved at de er skrevet med andre formål enn det forskeren nå bruker dem til, og det vil derfor være viktig at forskeren søker å tolke dokumentet i henhold til den konteksten det er utarbeidet i og for. Retningslinjene er utarbeidet for bruk i selvmordsforebyggende arbeid i psykisk helsevern. (Helsedirektoratet, 2008), og konteksten i denne oppgaven vil være møte mellom fagfolk og pasienter med selvmordsfare i psykisk helsevern. Dette samsvarer med Priors fremheving av at den aktuelle kontekst må fremheves (Prior, 2003). Forhold rundt retningslinjene vil også være en del av denne konteksten.

Repstad (2007) påpeker dessuten at forskere alltid foretar en utvelgelse og gjør et utvalg i forhold til hva som tas med i en analyse eller forskningsprosjekt. Den utvelgelsen forskeren gjør, bør derfor klargjøres for leseren (ibid.).

I denne oppgaven er *Nasjonale retningslinjer for forebygging av suicid i psykisk helsevern*, med fokus på 3 av 7 områder, hoved data kilde. Andre dokumenter benyttes for å kunne analysere og drøfte føringene. Retningslinjene analyseres med utgangspunkt i teori og funn fra selvmordsforskning nasjonalt og internasjonalt. Rapporten *Kunnskapsoppsummeringen del 1 og del 2*, som er retningslinjenes forskningsgrunnlag, benyttes også. Vitenskapelige artikler som beskriver fagfolks erfaringer med retningslinjene, vil i tillegg være sentrale datakilder i analysen. Dette danner til sammen utgangspunkt for kritisk analyse og refleksjon.

### **3.3 Arbeidsprosessen**

Priors tilnærming tar utgangspunkt i en teoretisk forståelse av momenter som bør settes i fokus i dokumentanalyser, men gir ingen klart oppsett for hvordan en dokumentanalyse skal presenteres og gjennomføres. Ripleys stegvise fremgangsmåte for dokumentanalyse er derfor tatt i bruk. Denne er som følger: Definere problemstilling/ forskningsspørsmål, opprette forskningslogg, gjennomføre litteratursøk og opprette arkiv, lage en oversikt over tekstmateriale, grundig gjennomlesing og utforskning av materiale, gruppere aktuelt stoff, utforskning av mønstre for variasjon eller samsvar, sjekke validitet og reliabilitet gjennom veiledning og gjennomgå oppgaven med kritisk blick i forhold fokus i analyse og skrivemåte (Ripley, 2007). Det vil avslutningsvis i oppgaven foretas en evaluering av metoden.



## 4.0 Analyse av retningslinjenes arkeologi

I dette kapittelet vil retningslinjenes bakgrunns historikk, vitenskapelige fundament og kunnskapssyn analyseres i henhold til Priors tilnærming til arkeologi. Det vil innledningsvis foretas en kort presentasjon av dokumentet som helhet.

### 4.1 Retningslinjenes 7 hovedområder

Dokumentet består av anbefalinger og rettslige krav på 7 hovedområder (Helsedirektoratet, 2008) og er som følger:

#### 1. *Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko:*

Fokus på identifisering av risikofaktorer for selvmord danner grunnlaget for tilnærming til selvmordsforebygging i psykisk helsevern. Systematisk kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko betegnes i retningslinjene som et kvalitetsløft for selvmordsforebyggende arbeid i spesialisthelsetjenesten.

#### 2. *Behandling:*

Her redegjøres det for antatt sammenheng mellom selvmord og psykisk lidelse. Fokus på utredning, diagnostisering og behandling etter kunnskapsoppdaterte standarder er sentralt i føringene for selvmordsforebyggende arbeid i spesialisthelsetjenesten. Dette område inneholder også anbefalinger for vurdering av sikkerhetstiltak og omsorgsnivå.

#### 3. *Forebygging av selvmord i døgnenheter i psykisk helsevern:*

Det tas her utgangspunkt i at pasienter med stor selvmordsrisiko trenger beskyttelse fra å skade seg selv. Føringer for innskrenkning av frihet og mulighet til å ta sitt eget liv i gjennom fysiske sikringstiltak og tilgjengelighet av kompetent personale, foreligger her.

#### 4. *Forebygging av selvmord etter utskrivelse fra døgnenheter:*

Ettersom flere selvmord skjer i etterkant av utskrivelse fra døgnopphold gir retningslinjene føringer for tiltak i en antatt sårbar periode for pasienter med selvmordsfare. Dokumentasjon av selvmordsfare ved utskrivning samt sikring av videre oppfølging fra ulike deler av helsevesenet, vektlegges også her.

#### 5. *Kronisk suicidalitet:*

Her redegjør retningslinjene for suicidalitet som ikke er av episodisk karakter. Det gis spesifikke føringer for hvordan denne suicidalitetsformen bør håndteres i psykisk helsevern.

#### 6. *Ivaretagelse av pårørende og etterlatte etter selvmord:*

Her søker retningslinjene å bidra til å sikre at pårørende og etterlatte får hjelp i etterkant av selvmord. Føringer for samarbeid med pårørende til pasienter med risiko for selvmord omtales også her.

#### 7. *Rapportering og oppfølging etter selvmord og alvorlig selvmordsforsøk:*

Det pålegges virksomhetene meldeplikt rundt selvmord og alvorlig selvmordsatferd. Rutiner og krav i henhold til dette redegjøres for under dette området.

Retningslinjene inneholder i tillegg til de 7 hovedområdene også beskrivelse av rettslig grunnlag for helsehjelp, informasjon om arbeidsgruppen, redegjørelse for kunnskapsoppsummeringen samt forslag til prosedyrer.

### **4.2 Helsepolitisk bakgrunn og produksjonsprosess**

Retningslinjenes helsepolitiske bakgrunnstappe vil ifølge Priors tilnærming til dokumentanalyse være av interesse for å belyse konteksten og skape forståelse for dokumentets bakgrunn.

Som følge av en sterk økning i antall selvmord i Norge fra 1950 årene og fremover, ble det i 1994 vedtatt et *Nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge*. Dette programmet var rettet mot helsevesenet og dannet grunnlag for utarbeidelse av *Handlingsplan mot selvmord*. Planen var at helsetjenesten skulle bidra til å redusere selvmordshyppighet i Norge. Oppfølgingsprosjekt *Tiltak mot selvmord 2000–2002*, fulgte i etterkant av handlingsplanen. Målsettingen var styrking av helsetjenestens kompetanse og tilbud til mennesker i selvmords krise, samt forebygging av selvmord i utsatte grupper. I *St. melding 25 (1996–1997)* ble det fremhevet at helsetjenestens oppgaver i det selvmordsforebyggende arbeidet burde rettes mot to områder. Det første området skulle være målrettet innsats mot risikogrupper som mennesker med depresjon, schizofreni og personlighetsforstyrrelser. Det

andre satsingsområde skulle rettes mot risikosituasjoner som kan utløse selvmordsatferd (Helsedirektoratet, 2008). Disse føringene står i dag sentralt i retningslinjene.

I en tilsynsmelding fra Statens Helsetilsyn (2006) ble det trukket frem at helsepersonell hadde for dårlig kompetanse i utføring av korrekt selvmordsrisikovurdering, samt at dokumentasjonen av vurderinger var mangelfull. Utarbeidelsen av retningslinjene var et sentralt tiltak fra helsepolitisk hold, for å styrke det selvmordsforebyggende arbeidet i psykisk helsevern gjennom sikring av rett kompetanse, bedre vurderinger og bedre dokumentasjon i journal (ibid.).

I 2004 ble det nedsatt en arbeidsgruppe som skulle bistå Sosial og Helsedirektoratet med utvikling av retningslinjene. Arbeidsgruppen bestod av professorer, forskere, psykiatere, psykologer og psykiatriske sykepleiere. Deltakerne kom fra ulike psykiatriske fagområder og suicidologiske forskningssentre i Norge. Høy kompetanse innen forskning, suicidologi, medisin, sykepleie, psykiatri og psykologi var dermed til stede. Jamfør Prior har forfatterskap effekt på kunnskapsutvelgelse og vitenskapssyn, ettersom dokumenter alltid har sin opprinnelse i en kollektiv faglig, sosial og vitenskapelig kontekst (Prior, 2003, 2008). Representanter fra to interesse - organisasjoner deltok også i prosessen. Det beskrives ikke nærmere hvilken rolle disse har hatt, men sikring av pasienters og pårørendes interesser har trolig vært deres mandat. To av deltakerne ble dessuten avløst underveis i prosessen. Det redegjøres ikke nærmere for hvorvidt dette skyldes uenighet i prosessen, eller om andre årsaker lå til grunn. Det vil derfor være vanskelig å si noe sikkert om hvordan utskifting av medlemmer kan tenkes å ha påvirket prosessen.

Arbeidsgruppen gikk i gang med en utredning rundt aktuelle forsknings studier. Dette arbeidet omtales som *Kunnskapsoppsummeringen* (Kunnskapssenteret, 2006, 2007). Under arbeidet med denne rapporten ble det klart for arbeidsgruppen at forskjellige aspekter ved selvmordsforebygging var ulikt behandlet i den vitenskapelige forskningslitteraturen, og det ble derfor funnet hensiktsmessig å dele rapporten i to ulike deler. Den første rapporten ble ferdigstilt i 2006, og tar for seg psykoterapi, medikamentelle tiltak og elektrokonvulsiv terapi. Del 2 ble levert i 2007, og omhandler andre type selvmordsforebyggende tiltak (ibid.).

På bakgrunn av Kunnskapsoppsummeringen ble et utkast til retningslinjer levert til *bred ekstern høring* i 2007, og arbeidsgruppen bistod deretter direktoratet i å innarbeide de høringsinnspill som kom frem i denne prosessen. Til sist ble dokumentet på nytt revidert av

Sosial og Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2008). Det foreligger ingen opplysninger i retningslinjene om hvem som har vært involvert i den eksterne høringen. Totalt sett har flere ulike instanser bidratt, men ettersom det ikke gis noen redegjørelse for hvilke innspill helsepolitiske myndigheter kom med, eller hvilke endringer som ble gjort etter revisjon, fremstår det uklart hvilken påvirkning de ulike instansene har hatt. Politisk og juridiske interesser kan synes å ha kommet inn i bildet gjennom disse rundene.

### **4.3 Kunnskapsoppsummeringen**

Over en 3 årsperiode gjennomførte arbeidsgruppen en systematisk kunnskapsoppsummering, hvor resultater fra forskning i ulike baser ble oppsummert og lagt til grunn for utarbeidelse av anbefalingene. I del 1 ble det søkt i Medline, Embase, PsykInfo, Cinal og Swemed frem til mai 2005/. I del 2 ble det søkt i Cochrane Library, HTA databasen, Medline, Embase og Cinahl frem til januar 2006. Del 1 tok for seg psykoterapi, medikamentelle intervensjoner og elektrokonvulsive terapi, mens del 2 så på effekt av andre tiltak i selvmordsforebyggende arbeid (Kunnskapssenteret 2006, 2007).

I forord til Kunnskapsoppsummeringen oppgis det at utredningen er utført etter standardkriterier for metodevurdering basert på internasjonale kriterier for Health Technology Assessment (INAHTA s sjekklister). Det oppgis også at Kunnskapsoppsummeringen baserer seg på totalt 62 studier. 10 studier oppgis å være av høy kvalitet mens 52 er av studier av moderat kvalitet (Kunnskapssenteret, 2006, 2007).

Etter Kunnskapsoppsummeringen var ferdig, ble det foretatt noen hovedkonklusjoner. Når det gjelder psykoterapi, fremkom det at enkelte studier viste reduksjon i selvmordsatferd hos pasienter som mottok psykoterapi, sammenlignet med kontrollgruppen. Kognitiv atferdsterapi, dialektisk atferdsterapi og dagavdelingsbasert psykodynamisk behandling gitt til personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse var eksempler på dette.

I studier av medikamentelle intervensjoner fremkom flere resultater som viste at antidepressiv medisinering bidro til å redusere selvmordstanker hos pasienter med betydelig grad av depresjon. Pasienter med stor selvmordsfare var i midlertid ekskludert i utvalget. Når det gjelder ECT (Elektro Convulsive Treatment), fremkom det ingen studier som kunne belyse mulig effekt på selvmordsfare.

Studier av tiltak som tar sikte på å lette tilgang på helsehjelp for pasienter ble også inkludert i Kunnskapsoppsummeringen. Det viste seg imidlertid vanskelig å trekke sikre konklusjoner av mulige effekter av disse. Det samme gjorde seg gjeldende i forhold til studier av effekt av overvåkning og sikkerhetstiltak i døgnavdelinger, samt for hvilke pasienter som har effekt av døgninnleggelse. Det understrekes derfor i Kunnskapsoppsummeringen at det vil være stort behov for nye studier som viser effekten av ulike tiltak i selvmordsforebyggende arbeid.

#### **4.3.1 Metodesvakheter ved kunnskapsoppsummeringen**

Både kunnskapsoppsummeringen og retningslinjene redegjør eksplisitt for betydelige metodesvakheter i de studier som ligger til grunn for anbefalingene (Kunnskapscenteret, 2006, 2007; Helsedirektoratet, 2008).

Relatert til de avgrensede områdene i denne oppgaven vil det være relevant å poengtere at flertallet av studiene er gjort på kortvarige intervensjoner. Studiene har også i høy grad ekskludert pasienter med stor selvmordsfare. Arbeidsgruppen presiserer at man derfor ikke med sikkerhet kan si om resultatene er gyldige for de mest risikoutsatte pasientene (Helsedirektoratet, 2008). Andre metodeutfordringer som redegjøres for er svakheter i design, utstrakt bruk av indirekte mål, og utvalgmessige begrensninger som gjør det vanskelig å trekke slutninger (ibid.). Mange av studiene var dessuten gjennomført i somatiske sykehus, og det vil derfor oppstå vansker med overføring av resultater til psykisk helsevern (Kunnskapscenteret, 2006, 2007).

Redegjøringen for svakheter i metodegrunnet viser tydelig at det ikke er mulig å trekke sikre slutninger fra det materialet som ligger til grunn for anbefalingene. Kunnskapsoppsummeringen mangler dessuten studier med evidens for nytteverdi av risikovurdering. Det foreligger heller ingen diskusjon av risikotilnærming som hovedfokus for selvmordsforebyggende arbeid. Regler for seleksjon og svakheter ved utvalget er imidlertid gjort rede for, og dette danner ifølge Prior (2003) et transparent grunnlag for forståelse av dokumentet.

Retningslinjene bygger utelukkende på kvantitative studier. Hjelmeland & Knizek (2016) fremhever en viktig distinksjon mellom *forklaring* og *forståelse* av fenomener, og understreker at kvalitativ forskning med fokus på økt forståelse av selvmordsproblematikk, vil være viktig for å frembringe ny og annen kunnskap enn kvantitative forklaringsmodeller kan. Forskning som vektlegger forståelse av *hvordan* selvmord og psykisk lidelse kan tenkes å henge sammen, samt forståelse av hvilke faktorer som er medvirkende hos det enkelte individ, i den enkeltes situasjon og kontekst, vil være viktigere enn å fortsette med repeterende kvantitativ risiko forskning (Gjelsvik, 2014). Hjelmeland, Diserud, Dyregrov, Knizek & Leenaars, (2012) fremhever at kvalitative studier kan få frem mer av *konteksten* og *kompleksiteten* som alltid ligger bak et suicid. Kunnskap om kontekst og kompleksitet kommer ikke frem i kvantitative risikofokuserte studier, og antakelse om årsaksforhold kan i mange tilfeller sies å være en myte heller enn et faktum (ibid.). Spørsmål om hvilken type forskning som er best egnet til å frembringe aktuell kunnskap fører ofte til polarisering mellom fronter (Hjelmeland 2016). En verdsetting av kvalitativ tilnærming i tillegg til kvantitativ forskning vil være en viktig målsetning i årene som kommer (ibid.). Inkludering av kvalitative studier bør derfor også være en viktig målsetning ved en eventuell revisjon av retningslinjene.

Forskning på subjektive markører vil kunne bidra til utvidelse av dagens risikobaserte forståelsesgrunnlag. Gjelsvik (2014) omtaler forståelse av subjektive faktorer i prosessen som bringer noen fra tanke til handling, som det mest sentrale for å kunne gjennomføre pasientnære suicidvurderinger. Positive forskningstendenser trekkes frem (ibid.), og det vises til britiske studier hvor man ved hjelp av eksperimentelt design har funnet frem til at svikt i problemløsningsevne skiller deprimerte med og uten suicidalhistorikk. Det kan synes som svikt i problemløsningsevne samt påfølgende opplevelse av å være fanget i sin egen situasjon kan øke sårbarhet for suicidalitet (O` Connor, 2013). Slike funn kan bringe suicidologien nærmere en forståelse av *hvordan* og *hvorfor*.

Gjelsvik (2014), uttrykker også optimisme for suicidologifeltet ved satsning på studier som ser på pasienters evne til selv å kunne gjenkjenne egne varsler om at eget stemningsleie endres, og at risiko for selvmordsatferd øker. Studier på Mindfulness based Cognitiv Therapy viser at oppmerksomhetstrening bedrer pasienters evne til å gjenkjenne egne varselsignaler (Segal, Williams & Teasdale, 2013). Gjelsvik (2014) mener dette kan være bidrag til at risikoindivider kan gjenkjenne sin egen *tilbakefallssignatur*, og dermed bli sine egne *prediksjonsagenter*. Her bør det nevnes at Dialektisk atferdsterapi, som er en av terapiformene

retningslinjene anbefaler for stadig tilbakevendende suicidalitet, også benytter oppmerksomhetstrening for å gjøre pasienten bedre rustet nettopp til å gjenkjenne mønster i tanker følelser før disse omsettes i selvmordsatferd (Linehan, 2008).

#### **4.3.2 Metodesvakheter ved forskning på risikofaktorer**

Retningslinjene tar utgangspunkt i en lineær forståelse av risikofaktorer sammenheng med selvmord. Dette er et problematisk aspekt, ettersom vi i dag vet lite om hvordan risikofaktorer er forbundet med selvmord (Hjelmeland & Knizek, 2013). Forskning på risikofaktorer stiller spørsmål som ikke er klinisk relevant, og svarene som følger av lineær tenkning viser kun at det er en sammenheng, men sier ikke noe om *hvorfor* og *hvordan* denne sammenhengen er (Gjelsvik, 2014). Flere peker på at suicidologi som forskningsfelt har blitt for smalsporet i sitt fokus på individuell patologi, og for positivistisk i forhold til metodevalg i forskning (White, Marsh, Kral & Morris, 2016). Suicidologisk forskning har over lang tid frembrakt resultater som ikke er særlig nyttig i møte med enkeltpasienter. Det er derfor grunn til å være kritisk til for stort fokus på risikofaktorer, da disse kun må ses som ulike aspekter ved selvmordsatferd på gruppenivå (Hagen, Hjelmeland & Knizek, 2014). I seg selv sier risikofaktorer lite eller ingenting om selvmordsrisiko hos den enkelte person, og selvmordsrisikovurderinger vil derfor ha svært lav prediktiv verdi (Large, Sharma, Cannon, Ryan & Nilelssen, 2011; Mulder 2011).

Risikotilnærmingen hviler på en antakelse av at det er mulig å forutse selvmordsatferd og selvmordsforsøk. Dette er problematisk fordi antakelsen også innebærer troen på at selvmordsatferd kan forhindres gjennom å identifisere de ulike risikofaktorene som kan tenkes å være til stede hos det enkelte individ Gjelsvik (2014). 50 års suicidforskning har vist at prediksjon av selvmord er ytterst vanskelig, og *British Medical Journal* har beskrevet forsøk på vurdering av risiko for fremtidig selvmordsatferd, som ikke evidensbasert praksis (Large, 2013).

Prediksjon krever metoder med god *sensitivitet* og *spesifisitet* (Tjora, 2016). *Sensitivitet* vil i denne sammenheng si å korrekt kunne identifisere *hvem* som kommer til å ta sitt eget liv. *Spesifisitet* vil innebære og forutse hvem som til tross for at de uttrykker selvmordstanker og planer ikke kommer til å ta sitt eget liv (Gjelsvik, 2014).

Pokorny (1992) peker på at tendensen fra befolkningsstudier viser at man ved denne tilnærmingen kan komme i fare for å ignorere mange som faktisk kan stå i fare for å skade seg eller ta sitt eget liv. Disse betegnes som *falskt negative* (Gjelsvik, 2014). Tendensen er samtidig at en stor gruppe mennesker antas å være i fare, selv om de aldri vil fremvise selvmordsatferd. Denne gruppen vil betegnes som *falskt positive* (ibid.).

Hvem er da de *ekte positive*, og hvordan kan forskning og klinisk virksomhet identifisere disse? Ettersom vurdering av risikofaktorer i klinisk sammenheng har lav prediktiv verdi er mange kritisk til retningslinjer basert på risikotilnærming (Casells, Paterson, Dowding, Morrison, 2005; Powell, Geddes, Hawton, Deeks & Goldrace, 2000). Sett i lys av at det vil være vanskelig å identifisere mennesker som kommer til å ta sitt eget liv, blir det tydelig at retningslinjene entydige tro på risikoanalyse er problematisk. Konklusjon fra systematisk forskning viser at det hverken er mulig å forutse hvem som kommer til å ta sitt eget liv, eller hvilke risikoindivider som ikke kommer til å gjøre det (O'Connor, Platt & Gordon, 2011). Det foreligger dessuten heller ikke evidens for at intervensjoner basert på risikovurderinger reduserer suicidal atferd (Large, Ryan & Nielssen 2011; Wand, 2012). Gjelsvik (2014) påpeker derfor at standardiserte tilnærminger basert på epidemiologisk risiko forskning, potensielt kan være livsfarlig i klinisk sammenheng. Dette fordi mennesker i reell selvmordsfare lett overses, og fordi risikotilnærming i seg selv ikke har effekt på selvmordsatferden (ibid.).

#### **4.4 Gjennomgående svakt dokumentasjonsgrunnlag**

Det fremstår som et tydelig mønster at anbefalingene gjennomgående baseres på et svakt dokumentasjonsgrunnlag. Retningslinjene viser til *retningslinjer for retningslinjer* (Statens helsetilsyn, 2002) og redegjør for anbefalte graderingssystem:

*-Sterk (A1): Basert på meget god dokumentasjon (nivå 1) og enighet i arbeidsgruppen om validiteten av dokumentasjonen, appliserbarhet og avveining og nytte og ulempe.*

*-Moderat (A2): Basert på minst en god studie (nivå 2) og enighet om validiteten av dokumentasjonen, appliserbarhet og avveining og nytte og ulempe.*



*-Svak (A3): Basert på manglende dokumentasjon (nivå 3), men likevel enighet om appliserbarhet og avveining og nytte og ulempe. (Helsedirektoratet 2008 s. 12).*

Ved opptelling av antall graderte anbefalinger i retningslinjene fremstår helhetsbildet slik: Av 34 anbefalinger får kun 1føring sterkeste anbefalingsgrad. 2 anbefalinger får moderat anbefalingsgrad, mens 31 anbefalinger garderes til svakeste skåring.

Oppgitt i henhold til retningslinjenes 7 kapitler dannes dette oversiktsbilde:

Kartlegging og vurdering: 2 av 2 - grad 3.

Forebygging i døgnavdelinger: 5 av 5 grad 3

Forebygging etter utskrivelse: 6 av 6 - grad 3

Kronisk suicidalitet: 5 av 5 - grad 3

Ivaretagelse av etterlatte: 4 av 4 - grad 3

Rapportering og oppfølging etter selvmord: 3 av 3 - grad 3

Behandlingstilnærminger: 1 av 9 - grad 1, 2 av 9 - grad 2, 6 av 9 - grad 3

Relatert til oppgavens fokusområder er det verd å merke seg at samtlige føringer for kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko baserer seg på laveste skår. Det samme gjelder samtlige anbefalinger relatert til stadig tilbakevendende suicidalitet. Denne oversikten viser at det er kun ved behandlingstilnærminger at retningslinjene baserer noen av føringene på høyere anbefalings grad enn den svakeste.

Retningslinjene viser selv til at produksjonsprosessen har vært i tråd med *retningslinjer for retningslinjer* (Statens helsetilsyn, 2002). Her vektlegges målsetting om at faglige anbefalinger skal baseres på best tilgjengelige kunnskap. Ut i fra dette vil det være grunn til å sette spørsmålstegn til retningslinjenes dokumentasjonsgrunnlag. Når de fleste anbefalingene oppgis å ha svakeste gradering, innebærer dette altså at dokumentasjon på nytteverdi mangler. Anbefalingene baserer seg på enighet om appliserbarhet og avveining av ulempe og nytte. Retningslinjene gir imidlertid ingen redegjørelse for hva enighet, appliserbarhet og avveining av ulempe og nytteverdi innebærer i denne sammenhengen. Ettersom de fleste anbefalinger mangler dokumentasjon på effekt, vil det være relevant å stille kritiske spørsmål til helsemyndighetenes overordnede føringer.

#### 4.4.1 Validitet og reliabilitet

Dokumenters validitet og reliabilitet vil ifølge Prior (2003) avhenge av hvordan fakta fremstilles. Transparens rundt svakt dokumentasjonsgrunnlag er tydelig belyst både i Retningslinjene og i Kunnskapsoppsummeringen. Åpenhet rundt dokumentasjonsgrunnlaget er dermed ivaretatt, men en ensidig og unyansert fakta fremstilling kan likevel sies å være tydelig tilstede. Det foreligger ingen refleksjon eller problematisering av selvmordsforebygging gjennom risikotilnærming. Det fremstår som om risikotilnærming beviselig er den beste tilnærming, og at selvmord best kan forebygges gjennom behandling av psykisk sykdom i henhold til aktuelle føringer. Dette vil drøftes videre gjennom dokumentanalysen

#### 4.5 Vitenskapssyn og menneskesyn

Analyse av underliggende kunnskapssyn og vitenskapssyn vil ifølge Prior (2003, 2008) være en sentral del av analyse av dokumenters arkeologi. Her frembringes informasjon om den vitenskapelige tradisjon og kontekst dokumentet har oppstått fra, og dette skaper igjen større forståelse av dokumentet som helhet.

Hovedfokus i retningslinjene bygger som allerede beskrevet en forståelse av at selvmord best lar seg forebygge gjennom kartlegging og vurdering av risikofaktorer og behandling av psykisk lidelse (Helsedirektoratet, 2008). Dette perspektivet har sitt opphav i biomedisinske forskningstradisjoner hvor fremstilling av såkalt objektiv kunnskap og fakta står sentralt (Haugsgjerd, Jensen Karlsson, & Løkke, 2009). Retningslinjene tar ved sitt risikoperspektiv dermed utgangspunkt i et positivistisk vitenskapssyn.

Kunnskapsoppsummeringen bygger i all hovedsak på RCT studier (Kunnskapssenteret, 2006, 2007). Denne type studier søker å frembringe en objektiv forståelse av årsakssammenheng for de fenomener som studeres. Dette forskningsdesignet anses av mange å være gullstandarden, dette til tross for at de resultater de frembringer ofte har lav generaliserbarhet (Hjelmeseth, 2014).

Flere er kritisk til at kompleks og sammensatt menneskelig atferd kan forklares gjennom objektive strenge forståelsesrammer Fitzpatrick, Hooker & Kerridge (2014), hevder at en *motstandsdyktig positivistisk bias* preger de siste års forskning på risikofaktorer innen det suicidologiske fagfeltet. Dette har resultert i en vitenskapskultur som hever medisinske

tilnærminger over andre måter å frembringe kunnskap om selvmordsforebygging på. Ved sin manglende drøfting av risikoperspektivet kan altså retningslinjene også synes å være underlagt denne form for bias.

Forskning som drives i positivistisk ånd kan gi verdifulle bidrag som statistikk og kunnskap om risikofaktorer på gruppenivå. Men fra et fenomenologisk ståsted vil en slik tilnærming ikke kunne bidra til å forklare enkeltmenneskets handlinger (Haugsgjerd et al. 2009). Det enkelte selvmord vil bare kunne forklares i lys av enkeltmenneskets livssituasjon og opplevelser. Ettersom retningslinjene baserer seg på objektiv kunnskap om årsakssammenheng og hensiktsmessig tilnærming til selvmordsforebygging vektlegges ikke denne type kunnskap i dokumentet.

En positivistisk og objektiverende forståelse av selvmordsforebygging kan gi flere utfordringer. Suicidalitet kan ifølge Jobes (2011) kun forstås gjennom pasientens øyne. Pasientens opplevelse og egen forståelse bør være gullstandard, og et fenomenologisk perspektiv vil derfor være viktig både i forskning og i klinisk arbeid. Menneskets eksistensielle utfordringer er lite vektlagt både i retningslinjenes forskningsgrunnlag og føringer. Hjelmeland & Knizek (2013) påpeker derfor at menneskesynet i dokumentet til tider kan synes reduksjonistisk og mekanisk. Dette fordi den individuelle mening som alltid ligger bak selvmordsatferd påvirkes av sosiale og kontekstuelle forhold, vel så mye som av biomedisinske, evidensbaserte årsaker (ibid.).

Dersom selvmord utelukkende betraktes som en avvikende handling og som symptom på psykisk sykdom oppstår fare for at enkeltmennesket vurderes i forhold til en apparatfeilmodell, hvor eksistensielle problemer reduseres til kjemi, fysiologi og biologi. Forebygging ved et slikt syn selvmord retter seg mot feil og mangler, mens eksistensielle og mer praktisk orienterte problemer lett kan overses (Hammerlin og Schjelderup, 1994). Ved et ensidig biomedisinsk perspektiv kan menneskesynet bli mekanisk fordi det reduseres til årsak-virkning forståelse. Dette vil hele tiden kunne være en fare dersom kontekst og individuelle forhold ikke tas med (Hjelmeland & Knizek, 2013).

## 4.6 Biomedisinsk forståelse

Gjennom vektlegging av risikotilnærming og vektlegging av individuell patologi tar retningslinjene utgangspunkt i en biogenetisk eller medisinsk forståelse av selvmord og selvmordsatferd. Psykisk og fysisk sykdom, tap av funksjoner, feil og skader i organismen oppfattes som risikofaktorer og som forklaring på at noen tar sitt eget liv (Ekeberg & Hem, 2016). Forskere har blant kommet frem til at lav omsetning av signalstoffet serotonin i hjernen, er forbundet med økt forekomst av selvmord. Det samme gjelder ved høy utskillelse av stress hormonet kortisol og ubalanse i Thyroidea produksjon. Selvmord ses i denne forståelsesrammen som et resultat av avvik i biologiske og kjemiske prosesser i kroppen. (ibid.).

### 4.6.1 En psykiatriske sykdomsmodell og mulige konsekvenser av denne

I hele den vestlige verden har psykiatri som fagfeltet vært toneangivende i forståelsen av selvmord. Retningslinjene baserer seg i stor grad på en psykiatrisk sykdomsmodell, da sammenheng mellom selvmord og psykisk lidelse fremheves som svært sentral. Denne forståelsen har i stor grad også hatt sin forankring i Freuds psykoanalytiske teori. Selvmord blir her forstått som ubevisst aggresjon rettet innover mot en selv. Den psykodynamiske forståelsen er senere utviklet videre med fokus på suicidogene personlighetstrekk og interpersonlige forhold (Diserud, 2006). Det er få teoretikere i dag som tolker selvmord som ren dødsdrift slik Freud gjorde. Driftsperspektivet er nedtonet i dagens psykiatriske forståelsesperspektiv, mens personlighetstrekk og interpersonlige vansker har fått større oppmerksomhet (ibid.).

En psykiatrisk sykdomsmodell vil uansett ta utgangspunkt i at pasienter med selvmords problematikk best hjelpes gjennom valide terapeutiske behandlings metoder, eventuelt kombinert med medisinsk behandling av symptomer og grunnleggende psykiatriske lidelse (Helsedirektoratet, 2008). Dette gjenspeiles i retningslinjenes fokus på behandling av psykisk sykdom gjennom terapi og medikamenter.

Retningslinjene viser til at pasientens *grunnlidelse* må behandles, for at selvmord skal kunne forebygges. Begrepet grunnlidelse vil i henhold til menneskesyn være problematisk, ettersom dette forsterker en vektlegging av positivisme heller enn fenomenologi, i tillegg til å kunne bidra til fremmedgjøring heller enn nytt håp (Haugsgjerd et al. 2009).

Dette begrepet kan også legge føringer for en mulig *medikalisering* av selvmord. Medikalisering defineres som tendens til at helsepersonell får hegemoni over store deler av menneskers livsverden gjennom definisjon av problemer som behandlingstrengende. Sentralt hos teoretikere som har tatt til orde for *demedikalisering* har vært at når mennesker defineres som pasienter med grunnlidelser, blir de gjort maktesløse og umyndige (Illich, 1975).

Kan det være slik at psykisk helsevern har fått et slags hegemoni over selvmordsforebygging, uten at dette nødvendigvis kommer pasientene til gode? Og kan dette i så fall bidra til at retningslinjene gjennom sine føringer står i fare for å forlede både pasienter og fagfolk til å tro at helsevesenet kan ta det fulle og hele ansvar for pasientens bedringsprosess gjennom korrekte suicidvurderinger og riktige psykiatriske/medisinske tiltak?

Det hersker uansett i dag en splittet forståelse av selvmord og hvordan slike dødsfall beste lar seg forebygge. Retningslinjene tar utgangspunkt i suicidalitet som sykdom, mens fenomenet i andre sammenhenger forstås som atferd (Michel, 2011). Beskow & Tørnberg (2016), poengterer at den psykiatriske modellen er en modell for psykisk sykdom og ikke en modell for suicidalitet. De hevder derfor at den psykiatriske sykdomsmodell kun bør brukes til å forstå og behandle psykiatriske sykdommer, ikke til å forstå og behandle suicidalitet (ibid.).

#### **4.6.2 Salutogenese versus patogenese**

Gjennom sitt utgangspunkt i en biomedisinsk forståelse, har retningslinjene inntatt et patogenetisk ståsted. Et interessant spørsmål kan være hvilken effekt det ville hatt om et salutogenetisk perspektiv ble inkludert og fremhevet i retningslinjenes kunnskapssyn?

Gjennom fokus på forhold som gir helse og opplevelse av livskvalitet, er salutogenese en motvekt til patogeneses vektlegging av risikofaktorer og forhold som leder til sykdom. I dette perspektivet betraktes ikke mennesker som enten syk eller frisk, men den enkeltes helse ses som et kontinuum som hele tiden kan påvirkes. Kreativ utforskning av faktorer som kan skape mer helse, samt fokus på eksisterende og potensielle motstandsressurser, vil her være målet (Antonovsky, 2012) Salutogenese står dermed i et motsetningsforhold til retningslinjenes standardiserte risikotilnærming og fokus på utredning og krav til diagnostisering av psykisk sykdom. Man kanskje si at et salutogenetisk perspektivet i noen grad er til stede under kapittel om håndtering av stadig tilbakevendende suicidalitet. Her fremmes vektlegging av mestring og aktivering av ressurser til å kunne håndtere sine vansker som riktig virkemiddel i det selvmordsforebyggende arbeidet. (Helsedirektoratet, 2008). De ulike terapiformene som anbefales for stadig tilbakevendende suicidalitet tar også sikte på å

øke mestring gjennom bedre følelsesregulering, og bedre håndtering av hverdagen uten bruk av selvmordsatferd som mestringsstrategi (Kunnskapsenteret, 2006).

Retningslinjene legger lite vekt på vurdering av faktorer som kan tenkes å beskytte mot suicid. Beskyttelsesfaktorer kan være av stor betydning for en person i selvmordsfare, da vedkommende ved hjelp av disse kan klare å takle vanskelige situasjoner (Ekeberg & Hem, 2016). I følge *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017* er de viktigste beskyttelsesfaktorene: Trygg familiesituasjon, tilfredsstillende sosioøkonomisk situasjon, godt sosialt nettverk, samt tillit til egen mestringsevne (Helsedirektoratet, 2014). Manglende beskyttelsesfaktorer kan gi en pekepinn på hvilken type hjelp som vil være riktig for den enkelte pasient. Er for eksempel pasienten tynget av økonomiske vansker bør man tilstrebe å etablere kontakt med instanser som kan bistå med dette. Mangler pasienten meningsfullt innhold i hverdagen bør fokus i oppfølging også ta sikte på å forsterke dette livsområdet (Borg & Topor, 2007). Fokus på beskyttelsesfaktorer kan samsvare med et salutogenetisk perspektiv. Det mangler i dagens dokument, og bør gjerne inkluderes ved en revisjon av dokumentet.

#### **4.7 Ensidig forståelse av selvmord**

Retningslinjene legger til grunn en ensidig forståelse av selvmord, og suicidologi som multidisiplinært fagfelt gjenspeiles lite i føringene.

Suicidologi er læren om ulike aspekter ved selvmordsproblematikk (Diserud, 2006). Forståelsen av suicidalitet baserer seg på fagfelt som filosofi, teologi, sosiologi, psykiatri, genetikk, biologi, kjemi, jus, sosiokulturell og demografisk kunnskap. Suicidologi er altså summen av ulike bidrag fra disse ulike fagfeltene. Feltet er preget av ulike modeller og også konkurrerende forklaringsmodeller. Resultatet av dette kan medføre uenighet i forhold til anbefalinger og retningslinjer (ibid.).

Bredden i suicidologi som fagfelt synliggjør at retningslinjenes risikofokus kan bli for endimensjonalt. Larsen (2016) hevder relatert til dette at: *Uten grundig kunnskap om det suicidologfaglige bakteppet, vil kliniske vurderinger uvegerlig bli skadelidende, gjerne da på den måten at en konsekvent vil overdrive risikoen for selvmord* (s.11).

### 4.7.1 Andre perspektiver

Den biomedisinske forståelsen av selvmord som retningslinjene bygger på, har vært fremtredende i langt tid. Allerede på starten av 1800-tallet ble selvmord forklart med fra dette perspektivet (Pridmore, 2011). Andre rådende perspektiver er det psykologiske og samfunnsvitenskapelige. I et psykologisk perspektiv forklares selvmord med udekkede psykologiske behov (Shneidman, 1985). Man vil her være mer opptatt av psykologiske variabler heller enn diagnoser. Disse variablene kan være individuelle eller relatert til samspill med omgivelsene (Diserud, 2006). Det psykologiske perspektiv er dermed også influert av et sosialt perspektiv. Durkheim (1960) står som en klassiker innen sosiologi og selvmordsforskning. Han fremhevet at et hvert samfunn har kollektive krefter som kan drive et menneske til å ta sitt eget liv. Gjennom en rekke studier konkluderte han med at selvmord varierer inverst med graden av integrering, og selvmord blir derfor et ekko av samfunnstilstanden (ibid.). Sosiokulturell forståelse bør også nevnes her. Selvmord har ulik mening i ulike kulturer og samfunn, og kulturell kontekst vil derfor være av betydning (Hjelmeland & Knizek, 2016).

I en filosofisk forståelse av selvmord vil det sentrale spørsmålet være hvorvidt det er legitimt å ta sitt eget liv. Filosofenes svar på dette har gjennom historien variert mellom aksept og fordømmelse (Shneidman 1985). Fra teologisk hold har det gjennom tidene hersket en ganske ensidig fordømmelse av selvmord. Dette til tross for at det ikke finnes noe direkte forbud hverken i den nye eller gamle testamentet. I det 4. århundre ble selvmord av Augustin erklært som den største av alle synder. Dette er blitt stående som en slags religiøs eller teologisk sannhet (ibid.). Selvmord har aldri vært straffbart i Norge, men en del restriksjoner har fulgt i kjølvann av fenomenet. Frem til midten av 1800 tallet skulle avdødes formue tilfalle staten dersom selvmord var dødsårsaken. Den avdøde kunne heller ikke begraves i vigslet jord. I dag er juridiske konsekvenser av selvmord begrenset av medvirkning til andres selvmord (Malt, 2016). Det juridiske aspektet i retningslinjene knyttes til rettslige krav til helsevesen og fagpersoner.

I sin tilnærming til dokumentanalyse er Prior opptatt av å kartlegge hvilke perspektiver som er til stede og hvilke som er utelatt (Prior, 2003, 2008). Gjennom vektlegging av biomedisinsk forståelse, utelater altså retningslinjene i stor grad andre perspektiver.

Et psykologisk perspektiv kan i noen grad sies å være inkludert ettersom anbefalte terapiformer for psykisk lidelse rettes mot psykologiske variabler. Sosiale perspektiver og

kontekstuelle forhold er derimot i mindre grad til stede. Demografisk kunnskap er inkludert gjennom statistikk og oversikter, mens menneskets eksistensielle utfordringer i liten grad er i fokus (Hjelmeland & Knizek, 2013). Flere trekker dessuten frem at retningslinjene mangler perspektiver som vektlegger mening, kommunikasjon og relasjon i tilnærming til forebygging av selvmord i psykisk helsevern (Hjelmeland, Hagen & Knizek, 2014).

Oppgavens omfang tillater ikke å gå i dybden på innhold og konsekvenser av alle manglende perspektiver, men hensikten videre i analysen vil være å peke på at retningslinjenes valgte hovedspor, vil kunne gå på bekostning av andre perspektiver, og at dette kan få konsekvenser i det selvmordsforebyggende arbeidet i psykisk helsevern (Hagen et al. 2014; Gjeldsvik, 2014).

#### **4.8 Sentrale momenter etter analyse av retningslinjenes arkeologi**

I tråd med Priors forståelse av dokumenter som produkt av sin samtid, viser analysen at retningslinjene i stor grad preges av vår tids rådende biomedisinske forståelsesmodeller (Hjelmeland et al. 2014). Retningslinjenes ensidig vektlegging av risiko og individuell patologi synes problematisk ettersom dette kan gå på bekostning av andre og mer hensiktsmessige forståelsesmodeller (Hagen et al. 2014). Det er også grunn til å være kritisk retningslinjenes dokumentasjonsgrunnlag, da føringene i stor grad mangler evidens for effekt (Helsedirektoratet, 2008; Kunnskapssenteret, 2006, 2007). Analysen synliggjør også etterspørsel og behov for retningsendring i selvmordsforskning, fra et utelukkende kvantitativt forskningsgrunnlag til inkludering av kvalitative studier (Gjeldsvik, 2014; Hjelmeland et al. 2012).



## 5.0 Analyse av innhold

De utvalgte områdene; *kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, behandling og kronisk suicidalitet*, vil nå presenteres og analyseres i henhold til Priors tilnærming for innholdsanalyse. Gradering av anbefalingene oppgis i henhold til presentasjon og diskusjon under analyse av arkeologi.

### 5.1 Anbefalinger og rettslige krav for kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko

Kartlegging og vurdering av selvmordsrisikofaktorer er et sentralt fokusområde i retningslinjene. Målet er at helsepersonell skal være i stand til å identifisere risiko for selvmord i pasientgruppen som behandles i psykisk helsevern. Selvmordsrisiko defineres som risiko for at person vil ta sitt eget liv i en gitt tidsperiode og i en gitt situasjon, og vurderinger av risiko omfatter derfor både person og situasjon (Helsedirektoratet, 2008).

*- Alle pasienter som kommer i kontakt med psykisk helsevern bør kartlegges for selvmordsrisiko. Pasienter bør spørres om de har eller har hatt selvmordstanker eller selvmordsplaner, og om de noen gang har gjort selvmordsforsøk. Kartlegging bør gjøres ved kontaktetablering og bør dokumenteres (A 3) (s. 18).*

Retningslinjene skiller altså mellom kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko. Det anbefales at alle pasienter skal gjennomgå kartlegging selvmordsfare når de kommer i kontakt med psykisk helsevern, gjennom konkrete spørsmål om eventuelle selvmordstanker og planer eller tidligere forsøk på å avslutte eget liv. Krav til dokumentering fremheves også her. Anbefalingen bygger på manglende dokumentasjon av effekt.

*- Kartlegging av selvmordsrisiko må foretas av helsepersonell med tilstrekkelig kompetanse (s.18).*

Personale som skal gjennomføre kartleggingen må ha kompetanse etter forsvarlighetskravet i helsepersonell loven § 4. Dette vil i praksis si helsepersonell som har fått nødvendig opplæring i gjennomføring av selvmordskartlegging. En systematisk kartlegging av selvmordsrisiko betegnes av helsedirektoratet som et kvalitetsløft i selvmordsforebyggende arbeid innen psykisk helsevern. Dette fordi det antas at pasienter ikke nødvendigvis forteller

åpent om denne problematikken til fagfolk, og at konkrete kartleggingsspørsmål derfor kan bidra til å hjelpe pasienten til å dele eventuell selvmordsfare.

Dersom pasienter svarer bekreftende på noen av kartleggingsspørsmålene skal selvmordsrisikovurdering gjennomføres:

*- For pasienter som svarer positivt på noen av kartleggingsspørsmålene, bør det foretas en grundig og systematisk vurdering av selvmordsrisiko. Vurderingen bør gjentas ved endringer i pasientens tilstand, behandlingsopplegg eller livssituasjon (A 3) (s. 18).*

I en selvmordsrisikovurdering skal person, situasjon og tidsperiode tas i betraktning. Psykisk tilstand vurderes i henhold til risikofaktorer, selvmordstanker og selvmordsplaner. Behandlingstiltak skal deretter iverksettes i henhold til vurderingen som gjøres. Det fremmes også at nye vurderinger gjennomføres ved endringer i pasientens tilstand, behandlingsopplegg eller livssituasjon (Helsedirektoratet, 2008). Hos pasienter i krise og psykisk smerte vil det ofte oppstå endringer relatert til disse områdene. Dette vil igjen kunne medføre at mye tid brukes til gjennomføring av selvmordsrisikovurderinger, og at slike vurderinger må foretas hyppig. Som analysen videre vil belyses, knyttes kritikken mot retningslinjenes fokus på risikotilnærming blant annet mot konsekvenser av tidsbruk til gjentatte vurderinger med påfølgende dokumentering. Også denne anbefalingen bygger på manglende dokumentasjon på effekt.

*- Vurdering av selvmordsrisiko og beslutning om evt. iverksettelse av behandlings- eller beskyttelsestiltak i denne forbindelse må foretas av kompetent helsepersonell som har fått nødvendig opplæring. Kompetent helsepersonell kan være lege eller psykolog, eller annet helsepersonell som har tilstrekkelig kompetanse til å gjøre slike vurderinger og treffe nødvendige tiltak (s. 18).*

Tilstrekkelig kompetanse vurderes her å være kunnskap om risikofaktorer for selvmord, og gjennomføring av kartlegging av disse. Også her relateres dette til krav om forsvarlighet i henhold til helsepersonell loven § 4, og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Lege og psykolog anses i utgangspunktet for å inneha kompetanse fra sin utdanning. Andre yrkesgrupper kan også utføre risikovurdering dersom det er gitt tilstrekkelig opplæring, og tilstrekkelig kompetanse er til stede (ibid.). Retningslinjene går langt i sine anbefalinger av at selvmordsrisikovurderinger bør utføres av enten lege eller psykolog med spesialistkompetanse.

*- Alle virksomheter skal ha internkontroll tilpasset virksomhetens størrelse eller egenart, aktiviteter og risikoforhold. Virksomheten skal som en del av internkontrollen ha nødvendige prosedyrer, instruksjoner og rutiner eller andre nødvendige tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helselovgivingen. Nødvendige rutiner for kartlegging av selvmordsrisiko og vurdering av selvmordsrisiko anbefales etablert (s. 18).*

Dette punktet fremhever virksomhetens ansvar for å sikre personalets etterlevelse av de nasjonale føringene. Internkontroller skal avdekke overtredelser, og sikre etablering av nødvendige rutiner og prosedyrer. Kontroll av etterlevelse er et viktig stikkord.

*- Alle enheter anbefales å ha nødvendige rutiner for opplæring i kartlegging av selvmordsrisiko og vurdering av selvmordsrisiko. Enhetene må sørge for at nyansatte har fått nødvendig opplæring og har nødvendige kvalifikasjoner i forhold til de oppgaver de settes til å utføre (s. 19).*

*- Alle ansatte som har pasientkontakt må få nødvendig opplæring i prosedyrer for kartlegging av selvmordsrisiko og vurdering av selvmordsrisiko, med sikte på at de til enhver tid skal være kvalifisert for sine oppgaver (s. 19).*

Det påhviler altså virksomhetene et ansvar for sikring av nødvendig opplæring og dermed de rette kvalifikasjoner hos sine ansatte. Videre har den enkelte fagperson et selvstendig ansvar for å holde seg oppdatert i henhold til nasjonale føringer og lokale prosedyrer. Hva som er hensiktsmessig kunnskap og beste tilnærming kan imidlertid diskuteres.

### **5.1. 1 Utfordringer ved evidensbasert kunnskapstilnærming**

Både i kunnskapsoppsummering og i retningslinjene vektlegges evidensbasert kunnskap (Kunnskapssenteret, 2006, 2007; Helsedirektoratet, 2008). I et evidensbasert perspektiv beskrives fag og kunnskap på en formalisert og teknologisk måte og en vitenskapeliggjøring av mennesket og helsetjenester presenteres ofte som objektive resultater og statistiker. Ekeland (1999) stiller spørsmål til hvorvidt evidensbasert kunnskap bør ses som en kvalitetssikring, eller om hvorvidt denne kunnskapsformen i verstefall er et instrumentelt feilgrep. Når det gjelder selvmordsforebyggende arbeid har såkalt evidensens basert

kunnskapsutøvelse fått status som overlegen andre former, og flere peker på dette kan gå på bekostning av andre kunnskapsformer (Holmes, Murray, Perron & Rail, 2006).

For eksempel inviterer ikke retningslinjenes såkalte evidensbaserte kunnskapsvektlegging til bruk av intuitiv kunnskap. Helsepersonell har i kvalitative studier oppgitt at subjektive og tause observasjoner av unnvikende væremåter, mørke blikk og avvsningsatferd inngår i egen vurdering av suicidale pasienter. Det oppgis også at disse observasjonene ikke alltid artikuleres når det gjelder vurdering og dokumentasjon av selvmordsfare (Vråle & Mjøsund, 2004). Subjektive fornemmelser som skriver seg fra det relasjonelle møte med pasienten gis ingen plass i retningslinjene. Det vil derfor være viktig å stille spørsmål om hvilke konsekvenser den såkalt evidensbaserte kunnskapsformen kan tenkes å ha for selvmordsforebygging i psykisk helsevern. I tillegg kommer retningslinjenes manglende dokumentasjon av effekt, som innspill til hvilken kunnskap som bør vektlegges i nasjonale føringer (Helsedirektoratet, 2008).

Praksisbaserte kunnskapsretninger har heller ikke fått plass i føringene. Slike retninger vektlegger forhold som relasjon, kultur, kontekst, og praktisk problemløsning i forståelsen av hva som er nyttig hjelp for den enkelte person (Borg & Topor, 2003). Her står risikotilnærmingens standardiserte krav i kontrast til fokus individuell tilnærming basert på erfaring fra praksisfeltet.

Studier viser at pasienter verdsetter åpne og fleksible holdninger hos fagfolk (Borg & Kristiansen, 2004), og stilt opp mot strenge krav til evidensbasert kunnskapstilnærming blir også dette et paradoks. Fravær av variert kunnskap og fleksible tilnærming, kan tenkes å hemme det selvmordsforebyggende arbeidet i psykisk helsevern fremfor å styrke det. Mange er altså kritisk til retningslinjenes vektlegging av risiko som det riktige og viktigste kunnskapsfokus, og flere etterspør vektlegging av andre kunnskapstilnærminger (Undrill, 2007; Large, et al. 2011; Hjelmeland, 2016; Gjelsvik, 2014).

### **5.1.2 Begrensninger ved risikotilnærming i klinisk arbeid**

Beregninger viser at cirka 3 % av høyrisikopasienter tar sitt eget liv innen et år etter utskrivelse fra psykiatrisk oppfølging, mens rundt 60 % av dem som dør ved selvmord, trolig befinner seg i en lavrisikogruppe (Large, Sharma, & Cannon, 2011). Ettersom de fleste selvmord sannsynligvis skjer i såkalte lavrisikogrupper aktualiseres spørsmålet om hvorvidt kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko er den mest hensiktsmessige tilnærming til selvmordsforebyggende arbeid i psykisk helsevern. White et al. (2016) betegner dagens

tendenser med fokus på risikofaktorer i forskning og fagfelt som et betenkelig nåværende sannhetsregime. I Internasjonal sammenheng har de siste års forskning vist at selvmordsrisikovurderinger i klinisk praksis har begrenset verdi (Large et al. 2011; Ryan et al. 2010; Mulder, 2011; Wand, 2012). Som vist i analyse av retningslinjenes arkeologi, baseres føringene på forskningsresultater fra gruppenivå. Prediksjon på individnivå vil derfor være vanskelig når det kommer til klinisk arbeid. Risikofaktorens lave sensitivitet og spesifisitet vil både kunne gi mange falskt positive og falskt negative når selvmordsfare skal vurderes (Tjora, 2016; Pokorny, 1992). En direkte følge av dette er at det ikke vil være mulig å forutse hvem som kommer til å ta sitt eget liv (Large, 2013; Gjelsvik, 2014). Mange mener derfor at risikotilnærming som hovedfokus bør revurderes (Aarre et al. 2017; Hagen et al. 2014). Begrensninger ved overføringsverdi fra forskning på gruppenivå til individnivå, sår derfor tvil om hvorvidt kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko er et reelt kvalitetsløft for selvmordsforebyggende arbeid i psykisk helsevern.

Ness (2015), viser til undersøkelser i Norge der 9 av 10 klinikkledere oppgir at de opplever retningslinjene som nyttig i det selvmordsforebyggende arbeidet. Det høye tallet kan skyldes med at retningslinjene i første omgang pålegger ledere ansvar for utarbeiding av prosedyrer basert seg på de sentrale føringene. Klinikkledere vil ved hjelp av etablering av lokale prosedyrer, kunne sikre at virksomhetens ansvar er oppfylt.

Hagen har gjennomført kvalitative intervjuer med fagfolk som jobber i direkte kontakt med pasienter med selvmordsfare i døgnavdelinger (Hagen, Hjelmeland & Knizek, 2016, 2017). Intervjuene viste at psykologer og psykiatere med definert behandlingsansvar i større grad vektla og lot seg styre av retningslinjenes formelle krav, enn psykiatriske sykepleiere som i denne studien hadde mer direkte omsorgsroller. Det viste seg også at psykologer og psykiatere opplevde at retningslinjenes standardisert risikotilnærming kan gå på bekostning av direkte omsorg for suicidale pasienter.

Hvilken rolle man har og hvilket definerte ansvarsområde men jobber ut ifra, kan synes avgjørende for hvordan retningslinjene oppleves og i hvilken grad de etterleves. Ettersom føringene trolig kan gå på bekostning av direkte omsorg for suicidale pasienter, vil det være grunn til å reflektere over hvordan fagfolk bør bruke sine ressurser til beste for suicidale pasienter i psykisk helsevern.

## 5.2 Anbefalinger og rettslige krav for behandling

Retningslinjene tar utgangspunkt i at selvmordsrisiko reduseres dersom psykisk lidelse behandles. Det vises til studier som konkluderer med at over 90 % av mennesker som har tatt sitt eget liv har en psykisk lidelse, enten diagnostisert eller udiagnostisert (Cavanagh, Carson Sharpe & Lawrie, 2003). Spesielt depresjon, men også schizofreni, bipolar lidelse, emosjonelt ustabil og dyssosial personlighetsforstyrrelse fremheves i retningslinjene som risikofaktorer for selvmord. Samtidig rusmisbruk vurderes også å kunne øke risikoen (Helsedirektoratet, 2008). Diagnostisering og behandling i tråd med oppdatert kunnskap fremheves som sentralt for arbeid med forebygging. Hensiktsmessig omsorgsnivå og sikkerhetstiltak vektlegges også i behandling ved selvmordsfare. I tillegg er anbefalinger forhold til medisiner og restriksjoner i forhold til tilgjengelighet av medikamenter sentrale momenter i føringer for behandling (ibid.).

*- For adekvat behandling bør pasienter få korrekt diagnose så snart som mulig. Behandling bør igangsettes uten opphold når diagnosen er etablert (A3) (s. 20).*

Her tydeliggjøres vektlegging av diagnostisering og behandling av psykisk lidelse som tiltak i selvmordsforebyggende arbeid. Denne anbefalingen bygger på laveste anbefalingsgrad.

*- Pasienter med selvmordsrisiko bør motta kunnskapsbasert behandling der dette er etablert, både i forhold til grunnlidelsen og selvmordsrisikoen (A3) (s. 20).*

I denne anbefalingen skilles det mellom behandling av grunnlidelse og selvmordsrisiko. Behandling av selvmordsrisiko dreier seg her om ulike former for beskyttelse og sikkerhetstiltak. Også denne anbefalingen har laveste gradering.

*- Psykoterapeutisk behandling vurderes i tråd med oppdatert kunnskap (A2)*

*- Medikamentell behandling vurderes i tråd med oppdatert kunnskap (A2) (s. 20).*

Psykoterapeutiske tiltak og medisiner skåres til moderat, det vil si at anbefalingene bygger på minst en god studie, i tillegg til enighet om validitet og avveining rundt nytte og ulempe

*- ECT vurderes i tråd med oppdatert kunnskap. Se for øvrig Kunnskapsoppsummeringen. (s. 20).*

I Kunnskapsoppsummeringen kunne det ikke vises til studier som måler effekt av ECT behandling i forhold til selvmordsfare. Sikre slutninger kunne derfor ikke legges til grunn.

*- Det bør foretas en tidlig vurdering av hensiktsmessig behandlings og omsorgsnivå og eventuelt nødvendig grad av tilsyn eller fysiske sikringstiltak. Ved akutt selvmordsrisiko bør pasienter behandles på luket avdeling. Det må da foreligge rettslig grunnlag for helsehjelpen (A3) (s. 20).*

Også behandlingstiltak knyttet til fysisk sikring, tilsyn og omsorgsnivå baseres på manglende dokumentasjon rundt effekt (Helsedirektoratet, 2008; Kunnskapssenteret 2006, 2007). Ved akutt selvmordsfare åpner retningslinjene for bruk av tvang. Relatert til manglende dokumentasjon kan det diskuteres hvorvidt disse tiltakene bidrar til å redde liv, eller om andre tiltak burde settes i fokus. Mange hevder at det ikke finnes evidens for at tiltak basert på risikotilnærming bidrar til å redde liv (Large et al. 2011; Wand 2012).

*- Vurdering av selvmordsrisiko og iverksatte beskyttelsestiltak må dokumenteres i pasientens journal i tråd med journalforskriftens krav (s. 20).*

Dette punktet føyer seg inn i rekken over krav som kan styre fagfolks fokus bort fra pasienten relatert til bruk av tid.

*- Ved medikamentell behandling av barn under 15 år med moderat eller alvorlig depresjon bør bruk av Fluoksetin vurderes i henhold til terapianbefaling fra legemiddelverket. (A3) (s. 20).*

Heller ikke her foreligger dokumentasjon på effekt av anbefalingen

*- Bruk av Litiumprofylakse vurderes ved stemningslidelser (A1) (s. 20).*

Dette er den eneste anbefalingen i retningslinjene som bygger på meget god dokumentasjon. Denne føringen har sterkeste anbefalingsgrad.

*- Pasienter som har vært i alvorlig selvmordsrisiko eller har gjort selvmordsforsøk i løpet av siste år, bør ikke få utskrevet medikasjon for mer enn to uker av gangen inntil tilstanden er stabilisert (A3) (s. 20).*

Her er målsetningen å redusere tilgang på midler som kan brukes for å ta sitt eget liv i ustabile faser. Anbefalingen baseres på manglende dokumentasjon.

*- Dersom pasienter som vurderes å ha høy selvmordsrisiko ikke møter til behandling, bør iverksettelse av tiltak vurderes (A3) (s. 20).*

Her siktes det til at fagfolk må ta kontakt med pasienter man frykter kan være i fare for å ta sitt eget liv, dersom de uteblir til avtaler. Denne føringen bygger på enighet om appliserbarhet og avveining rundt nytteverdi, selv om det ikke foreligger dokumentasjon på effekt.

### **5.2.1 Psykisk sykdom og selvmord - spørsmål vedrørende evidensbasen**

Psykisk sykdom betraktes av mange den viktigste årsak til selvmord (Savannah, Carson, Sharper & Laurie, 2003), Retningslinjene fremhever også denne sammenhengen (Helsedirektoratet, 2008). Flere påpeker imidlertid at evidensbasen for dette årsaksforholdet er svakt (Hjelmeland, et al. 2012).

Evidensgrunnlaget for denne antakelsen bygger hovedsakelig på kvantitative psykologiske autopsistudier, hvor psykiatriske diagnoser settes på personer som har tatt sitt eget liv i etterkant av selvmordet. Diagnosene baseres på intervjuer med pårørende og etterlatte, og de diagnostiske spørsmålene som etterlatte skal svare på, er ofte av en slik karakter at de ikke kan besvares av andre enn den avdøde selv (Ibid.). Ettersom spørsmålene ikke kan besvares reliabelt (pålitelig) av andre enn den som skal få en diagnose, kan heller ikke diagnosen som settes være valid (gyldig) (Hjelmeland & Knizek, 2013). Poenget i denne analysen er ikke å peke på at retningslinjene tar feil i at det finnes en sammenheng mellom psykisk lidelse og selvmord, men målet er som Hjelmeland & Knizek (2013) fremhever, å synliggjøre svakheter ved grunnlaget denne antakelsen hviler på.

Tall fra engelsk forskning viser at er schizofreni gir 10 % økt risiko for selvmord, mens risikoen øker med 4 % ved alvorlig depresjon, og 5-10 % ved alvorlig personlighetsforstyrrelse (Cantor, 2000). Samtidig som tallene synliggjør økt risiko, blir det også tydelig at de fleste mennesker med psykiske lidelser ikke tar livet av seg. Mulder (2011) poengterer at psykiske lidelser hverken nødvendig eller tilstrekkelig for å forklare selvmord. Poulis og De Leo (2006) fremhever at de fleste psykisk syke ikke tar sitt eget liv, men en stor andel uten psykisk lidelse gjør det. Dette støttes av Judd, Jackson, Komite, Bell & Fraser (2012), som hevder det er mindre forekomst av psykisk sykdom hos suicidale enn det som ofte rapporteres. Disse poengteringene samsvarer igjen med Shneidmans definisjon av selvmord som et multifaktorielt fenomen (Shneidman, 1985).



Konsekvensen av en direkte årsaksforklaring mellom selvmord med psykisk lidelse kan bli et for stort fokus på behandling av psykisk lidelse på bekostning av andre perspektiver. Hjelmeland et. al. (2014) mener at for stor vektlegging av individuell patologi kan føre til mindre fokus på kontekst og relasjon, og at dette igjen kan ha uheldige konsekvenser for den som trenger hjelp. Det kan her nevnes at det i *Handlingsplan forebygging av selvmord* (Helsedirektoratet 2014) påpekes at psykisk sykdom ikke er nok forklaring på selvmord og, at kontekstuelle forhold fremheves som viktig i selvmordsforebygging. Dette perspektivet hadde også vært hensiktsmessig å inkludere i retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (Hjelmeland & Knizek, 2013).

Bjørlykkhaug, (2017) etterlyser dessuten et samfunnskritisk perspektiv som bidrag til å nyansere oppfatningen om at er det personen det er noe galt med. Identifisering av individuell patologi i tråd med retningslinjene, kan bli et feilspor som heller bidrar til fremmedgjøring, heller enn å skape nytt håp. Forhold i samfunnet kan skape vanskelige livsbetingelser som igjen kan øke faren for at mennesker ikke ser andre løsninger enn å ta sitt eget liv. Gjennom et livsløp vil det i alle menneskers liv oppstå forhold som kan føre til selvmordstanker og selvmordsplaner, uavhengig av psykisk lidelse (ibid.).

Et par *kvalitative* Psykologisk Autopsistudier er løpet av de siste årene gjennomført i Norge. Her er det ikke gjennomført intervjuer med siktemål om å stille psykiatriske diagnoser, men pårørende /etterlatte har selv fått fortelle med egne ord hva de tenker førte frem til selvmordet. I disse undersøkelsene viser det seg at svært få peker på psykisk sykdom som sentralt (Kjølset, 2010; Rasmussen, 2013).

### **5.2.3 Dilemmaer rundt krav til diagnostisering og dokumentering**

Diagnosefokus føyer seg inn i rekken over mulige utfordringer, ved et standardisert behandlingstilbud (Hoel, 2017). På den ene siden vil fagfolk kunne gi god behandling dersom det er klarhet i hva pasientens problematikk består i. Terapeuter vil kunne oppleve trygghet gjennom å vite hvilken hjelp som skal tilbys, og pasienter kan oppleve det godt å få en forklaring på egne symptomer dersom denne samsvarer med egen opplevelse av symptomer og utfordringer. På den andre siden vil et diagnosefokus derimot kunne medføre fremmedgjøring og stigmatisering (Madsen, 2014). Dersom pasienten opplever av det letes med lys og lykt etter feil og mangler, kan troen på at det nytter svekkes i stedet for styrkes

(Borg, 2009). Helsevesenet kan i sin iver etter å stille diagnoser i verste fall bidra til stigma og avmakt (Bjørlykkhaug, 2017).

Hagen et al. (2017), fant i en kvalitativ studie at diagnosefokus kan være uheldig for relasjon mellom terapeut og pasient. Terapeuter rapporterte at pasienter tidvis viser motstand mot kategorisering og tildeling av merkelapper, og at diskrepans mellom behandlernes synspunkt og pasientenes egen opplevelse kunne gi et dårligere utgangspunkt for relasjonsbygging (ibid.).

I stedet for å betrakte selvmordsatferd i lys av diagnoser, kan også atferden ses som handlinger som representerer personlige og individuelle forklaringer (Michel, 2011). Utforskning av individuell mening vil gi et bedre utgangspunkt for samarbeid og relasjon, enn fokus på diagnoser, kategorier og merkelapper. Det finnes dessuten ingen objektive måleinstrumenter for psykiske lidelser og diagnoser, og fagfolk er ofte uenige om hvilken diagnose som skal settes (Berglund et al. 2015). Dette er en realitet, og spørsmålet som kan stilles i denne sammenheng er om krav til grundig utredning og diagnostisering kan gå på bekostning av andre tiltak, både når det gjelder tidsbruk og tilnærming for selvmordsforebyggende arbeid.

Dette spørsmålet gjelder også i forhold til krav til dokumentering av utredninger, vurderinger og behandlingstiltak. Mange fagfolk bruker mye av sin arbeidstid på sikring av journaldokumentasjon. Dette gir igjen mindre tid til å snakke med pasienter, og til å yte direkte omsorg (Nyseter, 2011; Hagen et al. 2016, 2017). Krav til dokumentering av utredning og diagnostisering, sammen med krav til kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, legger beslag på mye tid. Det er derfor god grunn til å stille spørsmål om hvorvidt dette bidrar positivt til selvmordsforebyggende arbeid, eller om viktig tid går tapt.

#### **5.2.4 Bruk av tvang i selvmordsforebygging i psykisk helsevern**

Retningslinjene åpner opp for bruk av tvang i selvmordsforebyggende arbeid dersom kriterier i psykisk helsevern loven er oppfylt (Helsedirektoratet, 2008). Når selvmordsfaren vurderes å være alvorlig og akutt anbefales sikkerhetstiltak på lukket avdeling. Dette kan innebære ulike grader av observasjon og fotfølging parallelt med innskrenkede fysiske muligheter for å kunne ta sitt eget liv. Hvert år skjer det likevel rundt 50 selvmord blant pasienter under innleggelse på psykiatrisk avdeling (Folkehelseinstituttet, 2015).

Myndighetene har de siste årene satt fokus på å få ned bruk av tvang i psykisk helsevern. I flere tilsynssaker i etterkant av selvmord er likevel konklusjonen at selvmordet kunne vært unngått nettopp ved bruk av tvang (Ness et al. 2015). Dette faktum synliggjør dilemmaer fagfolk står overfor. Behov for autonomi hos pasienten skal veies opp imot krav om å forhindre død fra tilsynsmyndigheters hold. Ness et al. (2015), understrekes at det ikke bør legges opp til mer tvangsbruk i selvmordsforebyggende arbeid. Tvang vil ikke kunne redusere selvmord. Derimot vil kompetanse om kompleksitet i fagfelt være viktig hos tilsynsmyndigheter for at sakene skal kunne vurderes på et mer riktig grunnlag (ibid.).

Den 1. 9 – 2017, trådte endringer i psykisk helsevern loven i kraft (Helse og omsorgskomiteen, 2016/2017). Endringene medfører økt rett til selvbestemmelse og rettsikkerhet. Dette vil kunne innvirke på bruken av tvang i forhold til suicidalitet hos pasienter i psykisk helsevern. Det gjenstår fremdeles å se hvilke konsekvenser dette vil ha for det kliniske arbeidet, og for vurderinger i tilsynssaker etter fremtidige suicid.

### **5.3 Anbefalinger og rettslige krav for kronisk suicidalitet**

Retningslinjene inneholder et eget kapittel om kjennetegn på stadig tilbakevendende suicidalitet. Det finnes imidlertid ingen tilsvarende del om akutt selvmordsfare.

Både akutt og stadig tilbakevendende suicidalitet relateres til psykisk lidelse, og det understrekes altså at pasienter vil være i behov av kunnskapsoppdatert behandling i henhold til aktuell diagnose. Stadig tilbakevendende suicidalitet knyttes opp mot emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Sammenhengen med rusproblematikk og tidlige traumer, fremheves også (ibid.).

*- Pasienter med kronisk suicidalitet bør utredes nøye, inkludert diagnostikk av grunnlidelsen og av evt. komorbide tilstander. I tillegg bør alvorlighetsgrad og utløsende faktorer for selvmordsatferd kartlegges i detalj (A3) (s. 26).*

Også her vektlegges diagnostisering av såkalt grunnlidelse i selvmordsforebyggende arbeid. Utløsende årsaker til selvmordsatferd og alvorlighetsgrad inkluderes også. Føringerne gis laveste anbefalingsgrad, dermed mangler altså dokumentasjon på effekt. Retningslinjene skiller mellom akutt og stadig tilbakevendende suicidalitet fordi behandlingstilnærmingen i psykisk helsevern bør være ulike. Ved akutt suicidalitet settes sikkerhets og beskyttelsestiltak

i fokus, mens ved et tilbakevendende forløp, anbefales arbeid med underliggende problematikk og mestring av emosjonelle vansker (Helsedirektoratet, 2008).

*- Det bør legges stor vekt på utarbeidelse av en langsiktig individuell plan. Raske krisebaserte endringer i denne bør unngås (A3) (s. 26).*

Her tas det høyde for at pasienter med stadig tilbakevendende suicidalitet opplever hyppige kriser, og at selvmordsforebyggende arbeid derfor best foregår ved fokus på mestring av hverdagen gjennom planer for hvordan man best kan komme seg i gjennom kriser. Anbefalingen gis laveste skår også her, og enighet om nytteverdi og appliserbarhet er i stedet vektlagt.

*- Pasienten bør ha en fastbehandler som er ansvarlig for den psykoterapeutiske behandlingen. Der det er nødvendig med andre tiltak, bør disse ha som hovedhensikt å støtte opp under den pågående behandlingen. Involverte behandlere og behandlingsinstanser bør samarbeide for å unngå at pasienter blir «kasteballer» mellom ulike behandlingsnivåer og institusjoner (s. 26).*

Her vektlegges kontinuitet i oppfølging. Det antas at dette best kan ivaretas gjennom at pasienten tildeles en fast behandler som kan følge opp over tid. Det tas også høyde for at det ofte oppstår uenigheter mellom fagfolk fra ulike hjelpeinstanser med hensyn til hvordan pasienter med tilbakevendende selvmordsatferd best kan ivaretas. Det advares i tillegg mot brudd i behandlingsforløp.

*- Innleggelse i døgnenheter bør unngås. Er innleggelse nødvendig i en akutt situasjon bør varigheten av oppholdet begrenses til kun å omfatte den akutte selvmordskrisen (A3) (s. 26).*

Denne anbefalingen tar utgangspunkt i antakelser om at innleggelse i døgnavdeling kan forverre tilstanden i stedet for å være til nytte. Anbefalingen tar imidlertid høyde for at pasienter med stadig tilbakevendende suicidalitet kan komme i akutt selvmordsfare. Denne føringen gis også laveste anbefalingsgrad. I praksis anbefaler retningslinjene innleggelse med sikkerhetsfokus under akutte suicidalkriser, mens det advares mot døgnopphold når suicidaliteten antas å være av mer langvarig og tilbakevendende karakter. Retningslinjene anbefaler heller langsiktige terapiforløp med fokus på å øke mestring hos pasienten, slik at ulike vanskeligheter kan løses på andre måter enn gjennom suicidale tanker og handlinger (ibid.).

- Personalet som jobber spesielt med denne pasientgruppen har behov for støtte i form av særskilt opplæring og veiledning. (A3) (s. 26).

Den siste anbefalingen tar høyde for at det vil være krevende for personalet å jobbe med stadig tilbakevendende suicidalproblematikk, og at fagfolk derfor vil ha behov spesifikk opplæring og veiledning på dette område. Anbefalingen gis laveste skår, da effekt ikke er dokumentert.

Alle anbefalingene i forhold til stadig tilbakevendende suicidalitet bygger på laveste anbefalingsgrad. Både i nasjonal og internasjonal faglitteratur synes det som det er stor enighet om at pasienter med denne problematikken er i behov av stabile relasjoner til fast behandler over tid, samt fokus på mestring og regulering av egne emosjoner (Bateman & Fonagy, 2007; Linehan, 2008; Paris, 2007; Sommerfelt og Skårderud, 2009; Scott, 2016).

### **5.3.1 Kronisk suicidalitet - Et problematisk begrep**

Retningslinjene bruker altså begrepet *Kronisk suicidalitet* for å beskrive en form for selvmordsfare som skiller seg fra akutte selvmordskriser. Begrepet brukes i mange land og fagmiljø (Paris, 2007, Ross, 2016, Linehan, 2008) for å beskrive et fenomen hvor selvmordstanker- og handlinger fungerer som en underliggende måte å mestre egne bakenforliggende emosjonelle og relasjonelle vansker (ibid.).

Samtidig som det søkes å gi en forståelse av problematikken, vil det også være en fare for at ordlyden forsterker den håpløshet pasientene allerede kjenner på. Både pasienten og fagfolk kan gis den oppfatning av at det ikke nytter, og at ting ikke kan bli bedre (Stangeland, 2012). Begrepet kan dessuten tenkes å bidra til uønskede holdninger hos dem som skal hjelpe, gjennom at fagfolk påvirkes til å se vanskelige pasienter i stedet for pasienter som har det vanskelig (Frahm Jensen, 2015). Abel (2015) beskriver begrepet som nedsettende, uverdigg og risikofyllt. Hun har selv erfaring som pasient med selvmordsatferd og selvmordsfare, og mener retningslinjene gjennom begrepsbruken risikerer mange liv. Dette fordi stempelet kronisk suicidal lett medfører opplevelse av avvísning i situasjoner hvor man som pasient er ekstra sårbar (ibid.). Negative holdninger fra fagfolk eller uttalelser om forventet kronisk lidelsesforløp kan være skadelig for pasientens bedringsprosess, ettersom opplevelsen av håp skapes gjennom interaksjon med andre (Onken, Craig, Ridgeway, Ralph, & Cook, 2007). Begrepsbruken kan derfor være uheldig i føringer som tar sikte på å forebygge suicid.

I medisinsk forstand viser begrepet *kronisk* til tilstander som varer mer enn et halvt år. Det foreligger ikke kriterier som tilsier at kronisk er ensbetydende med uhelbredelig (Kåss, 2016). Betegnelsen kronisk oppfattes imidlertid i hverdagspråket ofte som noe som ikke lar seg kurere, og kan derfor gi uheldige assosiasjoner.

En annen fare med begrepet er ifølge Gjelsvik (2014) at nyanser i suicidaliteten hos denne gruppen lett kan overses. Pasienter med tilbakevendende suicidalitet kan også komme i akutte suicidalkriser og dermed ha behov for beskyttelsestiltak (Helsedirektoratet, 2008). Begrepet vil kunne medføre en fare for at fagfolk overser endringer og nyanser i det pasienten formidler. Dette vil kunne medføre ytterligere fare, heller enn å forebygge suicid (Gjelsvik, 2014; Abel, 2015; Frahm Jensen & Weber, 2015).

Begrepsbruken har altså flere uheldige konnotasjoner. Samtidig vil det være behov for en betegnelse som klargjør problematikken. I denne oppgaven brukes altså betegnelsen tilbakevendende suicidalitet som et alternativ.

Begrepet *relasjonsskade* settes ofte i sammenheng med stadig tilbakevendende suicidalitet (Scott, 2006). Utrygg tilknytning til omsorgspersoner fra spedbarnsalder, kan føre til relasjonsvansker og suicidalproblematikk (Paris, 2007). Konfliktfulle relasjoner og liten evne til å trøste seg selv eller ta imot trøst fra andre, kan være resultat av utrygg tilknytning i barndommen. Negative selvinstruksjoner og skam over egne svakheter, opptrer ofte da parallelt med forventninger om kritikk og avvisning (Øverland, 2006). Vansker med å regulere egne emosjoner fører ofte til forsøk på mestring gjennom ulike former for suicidalatferd (Sommerfelt og Skårderud, 2009). Pasienten vil ofte ha vansker med ta imot hjelp, og fagfolk må derfor være villig til å gå inni behandlingsrelasjoner som varer over tid.

Ved stadig tilbakevendende suicidalitet kan altså selvmordsatferden fungere som en måte å mestre stress og emosjonelle vansker (Paris, 2007). Tanker og planer om å ta sitt eget liv, kan fungere som trøst og oppnåelse av en form for kontroll i eget liv (ibid.). For å styrke den terapeutiske forståelsen av fenomenet foreslår Stangeland (2016) et alternativt begrep, *mestringssuicidalitet*. Dette begrepet vil kunne si noe om hva mennesker med stadig tilbakevendende suicidalitet forsøker å oppnå, altså mestring av emosjonelle vansker (ibid.).

En alternativ begrepsbruk i retningslinjene kunne trolig ha medført en bredere forståelse av problematikken, og lagt et bedre grunnlag for hensiktsmessige holdninger og

tilnærminger. En begrepsendring eller bedre nyansering ville derfor være hensiktsmessig ved en revisjon av innholdet i dokumentet.

### 5.3.2 Motstridende føringer og uklare grenselinjer

Det å kunne skille mellom akutt og kronisk suicidalitet, er et sentralt poeng. Retningslinjene fremstår imidlertid ikke helt klar i forhold til grenseoppgangene mellom de to suicidalitetsformene. Tilnærming til stadig tilbakevendende suicidalitet er lite integrert i de øvrige føringene. Det tas blant annet ingen forbehold for ulike suicidalitetsformer i anbefalinger for kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko (Helsedirektoratet, 2008).

Prosedyreforslagene inneholder heller ikke tydelig informasjon om hvordan akutt og stadig tilbakevendende suicidalitet skal skilles fra hverandre (ibid.).

Stangeland (2016) mener at det i klinisk arbeid vil være problematisk at retningslinjene ikke gir tydeligere føringer for hvordan ulike suicidalitetsformer skal skilles. Dette fordi fagfolk vet at man løper en risiko for etterspill dersom et suicid inntreffer og man ikke har iverksatt tiltak. Mange behandlere i psykisk helsevern velger derfor å legge inn pasienter med stadig tilbakevendende suicidalitet, selv om retningslinjene advarer mot dette (Berglund et al. 2015). Tiltak for å redusere faren på kort sikt, kan ofte overstyre muligheten til å hjelpe pasienten til mestring på lengre sikt (Larsen, 2011). Dekompensering og økt konfliktnivå kan oppstå i møte med avdelingens rammer og krav (Mehlum & Jensen, 2006).

Patfield (2000) understreker at rammebetingelser med fokus på kontroll og monitorering av suicidalitet kan gi større selvmordsfare heller enn å redusere den. Her kan fare for såkalte *nosocomiale* selvmord øke. Begrepet henstiller til selvmord som skjer som følge av behandling og terapi (Large, Ryan, Walsh, Stein-Parbury & Patfield, 2014). Risikofokus, sikkerhetstiltak og økt omsorgsnivå, kan dermed også ha også ha farlige bivirkninger, selv om disse fra fagfolks side er både uønsket og utilsiktet.

Scott (2016) betegner dessuten risikotilnærming ved selvmordsforebygging hos pasienter med tilbakevendende selvmordsproblematikk som *Illusion of accuracy*. Han hevder at risikomåling ikke egner seg som tilnærming til selvmordsforebygging i denne gruppen. Opp til ¼ vil aldri avsløre sine suicidale tanker og planer til fagfolk, og på den motsatte siden vil noen pasienter aktivt mislede sin behandler til å bli redd for at vedkommende skal ta sitt eget liv (ibid.). For å kunne måle selvmordsrisiko vil det være en forutsetning at suicidalitet er

en målbar mengde, (Stangeland, 2016). Det vil derfor være høyst uvisst om risikovurderinger egentlig måler det retningslinjene legger opp til, nemlig selvmordsfare.

Retningslinjenes anbefalinger om at vurderinger av selvmordsrisiko skal gjentas ved endringer i pasientens tilstand kan ved stadig tilbakevendende suicidalitet, innebære svært hyppige risikovurderinger. Dette anses som lite hensiktsmessig. Hjelp til å regulere egne emosjoner bør være i fokus, heller enn gjentatte risikovurderinger (Scott, 2016). Hagen et al. (2017) fant dessuten i en kvalitativ intervjustudie at terapeuter opplever det vanskelig å skille akutt og kronisk suicidalitet fra hverandre, og at denne form for kategorisering kan gå utover samarbeidsrelasjon til pasienten dersom pasienten ikke er enig med terapeuten.

## **5.4 Realiteter rundt retningslinjene**

I henhold til Prior (2003, 2008) vil også forhold rundt retningslinjene være en del av den aktuelle konteksten. Ulike utfordringer knyttet til ytre rammebetingelser rundt dokumentet, vil derfor være viktig å inkludere i analysen.

### **5.4.1 Dagens styringsform på kollisjonskurs med anbefalingene**

Å hjelpe noen til å øyne håp for sitt eget liv, kan være en prosess som tar tid. Dette står i skarp kontrast til trenden i helsevesenet i dag som preges av krav til effektivisering og raske behandlingsforløp. Standardiserte programmer for helsetjenester er et resultat av effektiviseringsstrategier fra helsemyndigheters hold (Berg, 2006), og krav til effektivisering vil dessverre ikke alltid være forenelig med at kontaktetablering og opparbeiding av trygge relasjoner tar tid. Langvarige behandlingsforløp anbefales i retningslinjene for stadig tilbakevendende suicidalitet, og det kan derfor synes som et paradoks at helsemyndighetene ikke nødvendigvis samtidig bevilger nok ressurser til etterlevelse av det som anbefales.

Store deler av psykisk helsevern preges i dag av innsatsstyrt finansiering. Dette kan medføre et skille mellom lønnsomme og mindre lønnsomme pasienter (Wyller, Gisvold, Hagen, Heggedal, Heimdal, Karlsen, Mellion- Olsen, Størmer, Thomsen & Wyller 2013). Mennesker med kompleks problematikk kan bli skadelidende fordi de lett havner i kategorien *ikke lønnsomme* pasienter. Denne finansieringsmodellen er en del av *New Public Management*, og innebærer ofte ifølge Wyller et al. (2013) at krav til lojalitet går oppover i



ledelsesnivåene, mens ansvar for å løse oppgavene plasseres nedover. I selvmordsforebyggende arbeid i psykisk helsevern kan fagfolk på bakkeplan parallelt med krav til lønnsom inntjening, bli stående i dilemmaer mellom å løse komplekse oppgaver med begrensede ressurser, samtidig som friheten til å kunne bruke egen faglighet reduseres gjennom krav til etterlevelse av standardiserte prosedyrer. Cutcliffe & Stevenson (2008) påpeker at dette kan føre til en defensiv praksis hvor behandlingsfokuset i for stor grad rettes mot å møte virksomhetens behov for at pasienten ikke skader seg, heller enn å iverksette tiltak som retter seg mot å hjelpe pasienten med forhold som forårsaker selvmordsproblematikken.

#### **5.4.2 Oppstykkede behandlingsskjeder og fragmenterte behandlingstilbud**

Pasienter med kompleks selvmordsproblematikk er ofte mottakere av helsetjenester på ulike nivåer. Dette gjelder spesielt når selvmordsproblematikken er stadig tilbakevendende. Mange ulike fagfolk og hjelpeinstanser kan være involverte i forskjellige deler av forløpet (Berglund et al. 2015). Det kan være utfordrende å få til gode behandlingsplaner som tar sikte på å jobbe med pasientens underliggende problematikk, når ulikt helsepersonell bidrar i ulike perioder, med avgrensede deler av pasientens vansker (ibid.). Dette kan gi en fragmentert oppfølging, og det vil kunne være vanskelig for partene å få et godt oversiktsbilde. Ikke minst gjelder dette for pasienten selv. Hagen et al. (2017), fant i en kvalitativ studie at fragmenterte helsetjenester utfordrer terapeuters tilknytning og relasjon til pasientene.

Retningslinjene advarer mot at pasienter blir *kasteballer* mellom ulike institusjoner og behandlingsnivåer (Helsedirektoratet, 2008). Begrepsbruken indikerer kanskje nettopp at pasienter med denne problematikken ofte sendes mellom ulike instanser og nivåer ettersom problematikken er omfattende. Det vil være utfordrende å gi god hjelp mennesker med alvorlig tilbakevendende selvmordsproblematikk, uten at samarbeid på tvers av etater og nivåer vektlegges (Mork, Ekeid, Ystgaard, Mehlum & Holte 2001). I tillegg til velvilje fra involverte samarbeidsparter krever dette også økonomiske bevilgninger fra helsepolitisk hold, ettersom samarbeid på tvers av etater kan være ressurskrevende. Retningslinjene anbefaler at en fast behandler tar hovedansvar for psykoterapeutisk oppfølging, og at andre tiltak bør støtte opp om behandlingsplanen som hoved behandler legger (Helsedirektoratet, 2008). Denne anbefalingen legger til rette for relasjonsbygging og struktur som kan være til nytte for pasienter med sammensatt problematikk. Hagen et.al (2016), fant i en kvalitativ studie at terapeuter selv vektlegger interpersonlige relasjoner til pasientene som sentralt for overføring av håp. Også suicidale pasienter fremhever betydningen av gode relasjoner til sine behandlere (Gordon, Cutcliff & Stevesson, 2011; Talseth, Jacobsen & Nordberg, 2001). Gjennom

terapeutiske allianser kan terapeut og pasient sammen bli alliert mot psykisk lidelse eller suicidalitet (Michel & Jobes, 2011). Dagens oppdelte helsevesen kan altså imidlertid være en trussel mot allianser og gode samarbeidsrelasjoner, og dette kan igjen bli en trussel mot selvmordsforebyggende arbeid i psykisk helsevern.

### **5.4.3 Komplekse krav og handtering av egne følelser**

Samtidig som ytre krav til riktig helsehjelp skal iverksettes og dokumenteres, skal man også være i stand til å handtere egne følelser og reaksjoner. Larsen (2011) bruker begrepene *ur frykt* og *ur traume* om opplevelser fagfolk kan ha i møte med selvmordsatferd hos pasienter. Ubevisste reaksjoner som skuffelse, sinne, avsky og forakt vil kunne vekkes i situasjoner som er vanskelige å takle (Skårderud & Sommerfelt, 2013). Slike reaksjoner kan ifølge Larsen (2011), oppleves som politisk ukorrekte i det de bryter med fagfolks egne idealer i forhold til seg selv som profesjonell. Motoverføringsreaksjoner som oppstår i kjølvann av egne reaksjoner, kan virke forstyrende for langsiktig terapeutisk arbeid dersom fagpersonen ikke klarer å handtere dette (Bateman & Fonagy, 2007). I retningslinjene vektlegges behov for veiledning til personalet som arbeider med selvmordsproblematikk (Helsedirektoratet, 2008).

Ettersom arbeidet kan oppleves komplekst og krevende, vil fagfolk selv kunne kjenne behov for at risiko og suicidalitet er målbart og entydig. Det komplekse kan kanskje gjennom en standardisert risikotilnærming kjennes litt enklere og mer handterbart (Stangeland, 2016). Etterlevelse av føringene kan kanskje gjøre det lettere å distansere seg fra egen *ur frykt* og fungere som en beskyttelse mot et *ur-traume*.

Arbeidet kan være krevende både faglig og personlig, og det vil derfor være viktig at fagfolk ikke blir stående alene i vanskelige avveininger. Støtte fra kollegaer og ledere vil her være av stor betydning (Berglund et al. 2015; Lindseth & Nordberg, 2004). Seikulla og Arnkil (2007) trekker også frem den positive betydning refleksjon, drøfting og støtte mellom fagpersoner kan ha for pasienter som trenger hjelp.

### **5.4.4 Tilsynssaker og energilekkasje til jussen**

Gjennom medieoppslag og pålegg fra helsemyndigheter blir man minnet om forventninger fra omverdenen om å hindre suicid (Jobes & Ballard, 2011). Det er også en realitet at fagfolk opplever klagesaker mot seg selv etter suicid. I Tidsskrift for pasientskade erstatning (nr.

21/2013) redegjøres det for saker vedrørende selvmord og selvmordsforsøk, som har vært til behandling i tidsrommet 2003-2012. Over halvparten av klagesaker har fått medhold, og det oppgis her at de fleste selvmordsforsøk og selvmord i psykisk helsevern skyldes svikt i behandling i form av mangelfull oppfølging, eller svikt i vurdering selvmordsrisiko.

Ness et al. (2015) påpeker at det er uheldig at tilsynsetaten formulerer seg på denne måten, da dette bygger opp om et overforenklet syn på årsakene til selvmord og hvordan disse kan forebygges. For å få erstatning, må et selvmord vurderes å skyldes svikt fra behandler, men uønskede dødsfall skyldes ikke alltid svikt i helsevesenet. Selvmord vil derimot alltid være uventet og uønsket, også for fagfolk som har forsøkt å hjelpe. Kompleksitet i vurderingsprosess, og usikkerhet i forhold til hvilke tiltak som kan forebygges, vil alltid være tilstede i klinisk praksis. Det vil derfor være viktig at ansatte hos tilsynsmyndigheter i likhet med fagfolk, har grundige kunnskaper om kompleksiteten ved suicidalitet (ibid.).

Retningslinjene er ikke entydig i forhold til hvilket ansvar som faktisk pålegges den enkelte fagperson. Begrepene *bør* eller *skal* eller *må* brukes i forhold til anbefalinger og rettslige krav. Disse formuleringene brukes om hverandre i teksten, og det kan være vanskelig å få oversikt over hvilke krav som egentlig stilles til helsepersonell. Granlund (2014) understreker imidlertid at det fra tilsynsmyndigheters hold anses som et avvik dersom helsepersonell fraviker føringene. Kun dersom man kan begrunne avviket med forskning vurderes fravikelse som akseptabelt (ibid.). I retningslinjenes kapittel om skriftlige redegjørelser ved selvmord og alvorlig selvmordsforsøk, poengteres at hendelser alltid bør beklages (Helsedirektoratet, 2008). Dette kan på den ene siden oppfattes som at fagfolk skal unnskyldes seg for og ikke ha gjort gode nok vurderinger eller gitt god nok behandling. På den andre siden kan formuleringen også tolkes dithen at det alltid vil være beklagelig at et menneske har det så vanskelig at døden synes som eneste utvei. Stangeland (2016) understreker at retningslinjene kan bli mer anvendelige dersom det avklares hvilket ansvar som pålegges terapeuten. Det vil samtidig være viktig at overordnede tilsynsmyndigheter sørger for at det blir samsvar mellom retningslinjene og de mål tilsynsmyndigheter bruker i vurderingssaker.

Vurdering av selvmordsrisiko vil uansett fremstå forskjellig i et *prospektivt* og i et *retrospektivt* perspektiv (Larsen 2012). I bakspeilet vil det alltid lett å få øye på feil og mangler. Det vil da kunne være lett å rette kritikk mot vurderinger som er gjort. Ettersom risikovurderinger alltid utføres prospektivt vil det imidlertid ikke være mulig å innta et

retroperspektiv på forhand (ibid.). Dette er et faktum fagfolk, pasienter, virksomheter og tilsynsmyndigheter må ta høyde for, når det gjelder forebygging av suicid i psykisk helsevern.

Begrepsbruken *forebygging* av selvmord kan også være uheldig for fagfolks arbeidsbetingelser og selvmordsforebyggende arbeid i psykisk helsevern. Beattie & Dewitt (2016), retter kritikk mot begrepet selvmordsforebygging og foreslår at målsetning i psykisk helsevern heller bør være å *redusere* fremfor å *forebygge* selvmord. Begrepsbruken selvmordsforebygging kan påvirke både fagfolk, pasienter, media, pårørende og tilsynsmyndigheter til å tro at enkelttilfeller lar seg forebygge, ved korrekt tilnærming. En målsetning om å redusere fremfor å forebygge vil kunne gi en mer realistisk forventning til handtering av selvmordsproblematikk i psykisk helsevern (ibid.).

## **5.5 Fallgruver ved standardisering**

Troen på risikovurderinger gjennom standardiserte prosedyrer er som vist i dokumentanalysen grunnleggende i retningslinjene. Mange har vært kritisk til standardisering av behandlingsforløp generelt i psykisk helsevern, og allerede åtte år før retningslinjene ble publisert advarte Bøe og Thommasen (2000) mot standardiserte prosedyrer for handtering av suicidalitet i psykiatriske behandlingssystemer. Det ble poengtert at standardiserte prosedyrer vil kunne hindre individuelle vurderinger av pasienter, i tillegg til å legge bånd på fagfolks bruk av seg selv og egen kompetanse. Reaksjoner fra fagfolk og forskere i etterkant av retningslinjenes utgivelse kan samsvare med disse advarslene. I kjølvann av retningslinjene har det oppstått myter, og disse har igjen skapt engstelse blant fagfolk, og flere har derfor pekt på uheldige konsekvenser av retningslinjene (Hagen et al. 2014; Straume, 2014; Stangeland, 2016; Gjelsvik, 2014).

### **5.5.1 Sekundærrisiko**

Det er en myte at risikokartlegging og risikovurdering bidrar til å forutsi hvem som vil ta sitt eget liv (Mulder, 2011). Likevel medfører selvmord i tilknytning til behandlingsforløp i dag gjennomgang av journal for vurdering av hvorvidt påkrevd prosedyre er fulgt i hvert enkelt tilfelle (Ness, 2015). Implisitt i dette ligger en antakelse om at selvmord lar seg forhindre gjennom bruk av standardiserte prosedyrer samt at et selvmord ofte er et resultat av

risikovurderinger som ikke har vært gode nok (Mulder, 2011). Det oppstår her en kultur hvor noen må stilles til ansvar (Hagen, et al. 2014) En slik kultur skaper utrygge arbeidsbetingelser for fagfolk. Hjelpere blir lett opptatt av å sikre seg selv for å ha ryggen fri dersom pasienten ender med å ta sitt eget liv. Tanken på å ha skyld i et annet menneskets død er skremmende. Det samme er tanken på fordømmelse fra kollegaer, ledere og fylkeslege. Fagfolks tanker rundt dette kan oppleves som *faglig sosial angst*, og plettfri journalføring kan være et tegn på slike symptomer (Straume, 2014).

Et risikofokus på selvmordsforebygging vil dermed kunne medføre en *sekundærrisiko* (Power, 2004). Det vil kunne oppstå fare dersom fagfolk er mer opptatt av å beskytte seg selv i forhold etterlevelse av prosedyrer, enn til å bistå pasienten. Retningslinjene kan med sine krav til standardisering dermed gå på bekostning av individuell, helhetlig behandlingstilnærming, gjennom at oppmerksomheten rettes for ensidig mot kartlegging, vurdering og til slutt grundig journalføring av risiko (ibid.).

I følge Thalseth et al. (2000, 2001) kan for høy vektlegging av teorier og modeller ha negativ innflytelse på terapeuters interaksjon med suicidale pasienter, og ettersom fagfolks intervensjoner i økende grad preges av kliniske retningslinjer med et fokus på risiko måling og risiko handtering vil dette lett gå på bekostning av omsorg for den enkelte (Bernert, Hom & Roberts, 2014; Cutcliff & Stevenson 2008).

Aarre et al. (2017) ber myndighetene endre dagens retningslinjer. De hevder at det ikke er mulig å forutse hvem som vil ta sitt eget liv, og at retningslinjene slike de er i dag ikke bidrar til å redusere selvmord. Oversikt over risikofaktorer er nyttig for å identifisere selvmordsutsatte på gruppenivå, men avdekking av sosiale, biologiske eller psykologiske risikofaktorer fører trolig ikke til nedgang i antall selvmord. Et av deres viktigste poeng er at ingen pasienter vil være tjent med redde behandlere (ibid.).

## 5.6 Sentrale momenter etter analyse av innhold

Retningslinjenes innhold relatert til områdene; *kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, behandling, og kronisk suicidalitet*, er nå analysert i henhold til Priors tilnærming til innholdsanalyse.

Analysen viser at retningslinjenes standardiserte krav kan gå på bekostning av individuell og fleksibel tilnærming til å hjelpe det enkelte mennesket (Aarre et al. 2017; Hjelmeland et al. 2014; Hagen 2014; Gjelsvik B, 2014; Large & Ryan, 2014). Retningslinjenes ensidige risikotilnærming kan medføre at fagfolk i for stor grad bruker tiden på suicidal monitorering, heller enn å bistå pasienten i forhold til aktuelle livsvansker (Straume, 2016; Undrill, 2007). Ettersom flere forskere påpeker at risikomåling og risikokategorisering i klinisk sammenheng har begrenset verdi (Large et al. 2011; Mulder 2011; Wand 2012), vil en mindre risikobasert tilnærming være ønskelig. Retningslinjenes strenge krav til dokumentasjon kan dessuten føre fokuset bort fra pasienten. Frykt for represalier fra tilsynsmyndigheter er en medvirkende årsak til at fagfolk bruker tid på etterlevelse av kravene, for å sikre egen rygg om noe galt skulle skje (Straume, 2016).

I tillegg til utfordringer ved retningslinjenes føringer, kan samtidig forhold rundt dokumentet sette begrensninger. Betingelser knyttet til arbeidsforhold og økonomi har også innvirkning på fagfolks muligheter i det selvmordsforebyggende arbeidet (Wyller, 2013; Berglund et al. 2015). Det samme gjelder fagfolks evne til å handtere egne følelser og reaksjoner i møte med selvmordsproblematikk hos pasienter (Larsen, 2011; Tallaksen et al. 2013, Paris, 2007).

## 6.0 Muligheter

Utfordringer ved de standardiserte føringer er nå belyst og drøftet. For at positive sider ved retningslinjene ikke skal bli for lite vektlagt, vies et eget kapittel til å belyse muligheter som også ligger i dokumentet. Prior (2003, 2008) er opptatt av å få frem forhold i dokumentet som kan nyansere fremstillingen av dokumentet. Innspill fra flere av retningslinjenes forfattere benyttes i denne sammenheng for å få frem flere sider ved føringene.

### 6.1 Økt bevissthet og proaktiv tilnærming

Gjennom retningslinjene er selvmordsforebygging satt tydelig på dagsorden i psykisk helsevern. Selv om det hersker delte meninger om retningslinjenes bidrag, er det grunn til å tro at dokumentet har medført en større grad av bevissthet og oppmerksomhet hos behandlere i psykisk helsevern (Mehlum, Ness, & Walby, 2014).

I spesialisthelsetjenesten er det ofte stor gjennomstrømning av fagfolk. Dette kan i stor grad relateres til ulike utdanningsløp for forskjellige profesjoner. Høy turnover av behandlere medfører behov for klare linjer og føringer (Walby, 2008). Retningslinjene gir med sin standardiserte tilnærming et overordnet fokus på hva fagfolk forventes å være oppmerksomme på. Kunnskap om risikofaktorer er nyttig for å identifisere grupper av risikoutsatte, selv om dette ikke tilstrekkelig for å identifisere selvmordsfaren hos den enkelte pasient (Mehlum, 1999). Retningslinjenes risikofokus vil kunne gi nyutdannede og nytilsatte fagfolk et startgrunnlag, som etter hvert bør komplementeres med andre perspektiver og tilnærminger.

Ettersom fokus i det selvmordsforebyggende arbeidet rettes mot alle pasienter som kommer i kontakt med psykisk helsevern, har retningslinjene en proaktiv tankegang (Walby, 2008). Ikke bare pasienter med kjent selvmordsfare får spørsmål om eventuelle selvmordstanker og planer. Også de som ikke enda har delt sine destruktive tanker med noen, gis muligheten til åpenhet gjennom rutinemessig kartlegging. En proaktiv tilnærming vil kunne gi fagfolk mulighet til å fange opp mulig selvmordsfare (Helsedirektoratet, 2008), for i neste omgang å møte dette med individuell tilnærming i henhold til pasientens individuelle historie og kontekst (Mulder, 2011; Heller, 2014). Dersom retningslinjenes standardiserte risikofokus ikke får gå på bekostning av fleksibilitet i møte med pasienters ulike behov, kan føringene representere muligheter.

Selv mord kan være et tema mange behandlere opplever det vanskelig å snakke om (Leira 2003). Retningslinjes krav til kartlegging og vurdering medfører at alle fagfolk må øve seg i å ta opp temaet. Mange pasienter kan tenkes å ha fått hjelp fordi noen har våget å spørre direkte og inngående. Åpenhet om livets skyggesider kan hjelpe mennesker til å få tilbake ønske om å leve (Tallaksen, Bråthen & Tveiten, 2013). Hjelpere som våger å snakke om selvmordstanker og planer vil være viktig, og retningslinjene har trolig bidratt positivt gjennom en proaktiv tilnærming og fremming av åpenhet rundt tema.

## **6.2 Intensjon**

Retningslinjenes hovedintensjon er å redde liv. Dette samsvarer med nasjonal og global målsetning om å øke bevisstheten rundt selvmordsforebygging (Helsedirektoratet, 2008). (Helsedirektoratet 2014) (WHO, 2014).

I dag hersker uenighet om hvilken type kunnskap og ferdigheter som er viktig, men de fleste slutter seg til målsetning om å forebygge selvmord under oppfølging fra psykisk helsevern. Walby (2008) presiserer at intensjonen bak føringene ikke har vært å gi en grundig og omfattende redegjøring for selvmordsforebyggingens mangefasetterte områder. Dersom ulike forklaringsmodeller skulle vektlegges, ville retningslinjene blitt en fagbok i stedet for et dokument med enkle føringar (ibid). Sett i lys av denne klargjøringen vil retningslinjenes intensjon om å fange opp mennesker med selvmordsplaner, kunne gi muligheter for vektlegging av fleksibilitet og individuelle tilnærminger, selv om viktige perspektiver kan synes utelatt. Økt bevissthet, åpenhet og proaktiv tilnærming vil derfor kunne være viktige bidrag fra retningslinjene.

Selv om satsing på jevnlige og grundige risikovurderinger fremheves som det viktigste virkemidlet, understrekes det også i retningslinjene at ikke alle selvmord skyldes svikt i risikovurderinger, samt at det ikke vil være mulig å forebygge alle suicid i psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2008). Denne fremhevingen kan gi fagfolk mulighet til å senke eget stressnivå, og heller konsentrere seg om å yte best mulig hjelp til pasienten. Reaksjoner fra tilsynsmyndigheter samsvarer imidlertid ikke alltid med dette (Ness, 2015; Granlund, 2014), og tilsynsinstanser vil fremdeles kunne gi opphav til stress og uhensiktsmessig engstelse hos fagfolk. Det vil derfor være viktig at helsemyndigheter jobber frem samsvar mellom retningslinjer og krav fra tilsynsetater.



### **6.3 Innspill vedrørende utfordringer**

Mehlum (2017) kommer med følgende innspill til kritikk mot retningslinjenes risikotilnærming: *Det er en utbredt misforståelse blant mange klinikere at vurdering av selvmordsrisiko skulle ha som mål og predikere selvmord* (Mehlum, 2017 s. 36). Han poengterer videre at gode risikovurderinger ikke kun består av oppsummeringer av risikofaktorer, men at disse settes i sammenheng med pasientens livssituasjon og psykisk tilstand på det aktuelle tidspunkt (ibid). I følge Walby (2008) er hovedhensikten bak retningslinjene og avklare behov for eventuelle sikkerhetstiltak og riktig omsorgsnivå. Ness (2015) fremhever også at selvmord kan ikke forutses for det enkelte individ, og at prediksjon på individnivå ikke er retningslinjenes intensjon. Hun poengterer at klinikere ikke bør gå for langt i vektlegging av risikovurderinger, men heller fokusere på å gi god behandling (ibid.).

#### **6.3.1 Muligheter gjennom behandling av psykisk sykdom**

I psykisk helsevern får mange god behandling for sine psykiske plager. Når det gjelder selvmordsfare vises det altså ofte til at så mange som 90 % av mennesker som har tatt sitt eget liv, har hatt en psykisk lidelse (Cavanagh et al. 2003). Evidensbasen i forhold til denne sammenhengen er drøftet tidligere i oppgaven, og den antatte sammenhengen mellom psykisk lidelse og selvmord er problematisert. Det er ikke grunn til å betvile at det finnes en sammenheng mellom psykisk lidelse og selvmord, men evidensbasen dette bygger på fremstår tvilsom, og gir grunn til å konkludere med at selvmord ofte har annen årsak eller at det i tillegg til psykisk lidelse må bestå i noe mer (Hjelmeland et al. 2014). Uavhengig av denne diskusjonen vil pasienter som henvises til psykisk helsevern ha ulike psykiske utfordringer og mange vil ha tanker og planer om å ta sitt eget liv. Selvmordstanker og planer er til stede hos pasienter i så mange som 50 -70% av akuttinnleggelser i psykisk helsevern i Norge (Ruud et al. 2006; Walby et al. 2005; Mellesdal, et al. 2005). Dessuten vil rundt 22 % av selvmord finne sted hos mennesker som mottar ulike tjenester fra Psykisk helsevern (Saastad & Fleesland, 2015), og fokus på behandling av psykisk lidelse vil dermed kunne representere muligheter gjennom hjelp til å mestre psykiske symptomer.

Retningslinjenes vektlegging av behandling av psykiske problemer kan gi fagfolk mulighet til å benytte individuell kunnskap, relatert til egen skolering og erfaring. Mange

pasienter vil oppleve det å få større innsikt i egne psykiske vansker som nyttig. Økt forståelse, og terapi i henhold til spesifikke psykiske utfordringer vil kunne medføre bedre mestring og nytt håp. Medikamentelle tiltak i korte eller lengre perioder, kan også være til hjelp når livet kjennes vanskelig (Lingjære, 2001) Retningslinjenes anbefalinger på det medisinske område kan være bidra til bedring i helsetilstand for pasientene, og derfor også by på muligheter for fagfolk.

### **6.3.2 Muligheter gjennom sikkerhetstiltak**

Mehlum et al. (2014) fremhever at hensikten med retningslinjenes fokus på selvmordsrisikovurderinger er å identifisere selvmordsfare. Dette med målsetting om å kunne øke sikkerheten for pasienter gjennom spesifikke og målrettede tiltak.

Retningslinjene åpner opp for bruken av tvang når selvmordsfaren vurderes som overhengende (Helsedirektoratet, 2008). I denne sammenheng må den enkeltes autonomi kunne settes til side for å redde liv. Williams (2001) hevder man ikke uten videre kan anta at mennesker som forsøker å ta sitt eget liv, egentlig ønsker å dø. Det man imidlertid kan være sikker på at de ønsker endring i egne liv (ibid.). Ifølge Shneidman (1991) er det ingen god ide å ta sitt eget liv når man er suicidal. Med denne spissformuleringen understreker han at det å se andre løsninger enn døden, krever et sinn som ikke er fullt av destruktive tanker. Troen på at selvmord ikke lenger vil være en aktuell løsning når det største lidelsestrykket er borte, i tillegg til ambivalens som trolig alltid er tilstede hos den selvmordstruede, bidrar til å legitimere tvang i noen situasjoner (Shneidman, 1985).

Innskrenkning av autonomi og frihet i korte perioder, kan forhindre mennesker i å ta sitt eget liv når de ikke i øyeblikket ser andre løsninger. Dersom iverksetting av tvangsmessige sikkerhetstiltak utøves med en holdning av lederskap i stedet for makt, kan tvang bidra til å redde liv. (Tallaksen & Lindmark, 2012). Mennesker kan på nytt få mulighet til å gjenvinne håp og tro på livet, gjennom at andre overtar kontrollen i en avgrenset periode. Føringer for riktig omsorgsnivå og aktuelle sikringstiltak kan dermed gi muligheter til sikring av liv og helse hos pasienter som ikke klarer å ivareta seg selv. Dette er ifølge flere av retningslinjenes forfattere hoved hensikten med risikotilnærming til selvmordsforebygging i psykisk helsevern (Walby 2008; Mehlum et al. 2014). Utfordringene for fagfolk blir ofte i klinisk praksis å avklare hvilke pasienter som profiterer på sikkerhetstiltak, og hvem som ikke gjør det.

### **6.3.3 Suicidalitet og mestringsperspektiv**

Retningslinjene har ifølge Walby (2012), sannsynligvis bidratt til økt kunnskap blant fagfolk om ulike former for suicidalitet. Føringerne har som intensjon å hjelpe fagfolk til å innrette hjelpen på et nivå som kan være hensiktsmessig for pasienten, og dokumentet kan ha bidratt til økt forståelse for at ikke all type suicidalproblematikk best lar seg møte med sikringstiltak og døgninnleggelse (ibid.).

Selv om retningslinjene kritiseres for ikke å gi klare skillelinjer mellom akutt og tilbakevendende suicidalitet (Stangeland, 2016), og at terapeuter opplever det vanskelig å skille mellom fenomenene i klinisk arbeid (Hagen et al. 2017), kan føringerne støtte både pasienter og fagfolk til økt fokus på mestring. Ved stadig tilbakevendende suicidalitet gir retningslinjene større rom for å jobbe med underliggende årsak til selvmordsproblematikken, enten den er av emosjonell, relasjonell, praktisk eller kontekstuell karakter.

### **6.4 Hva kan synes å ligge implisitt i retningslinjene**

Mehlum, (2017) presiserer at ulike suicidologiske forklaringsmodeller kan bidra til å gi dypere forståelse av selvmordsproblematikk, og at utvidede perspektiver derfor er viktig i tillegg til retningslinjenes risikotilnærming.

Suicidologisk faglitteratur fremhever relasjonens betydning (Cutcliff & Barker, 2002; Cutcliff & Stevansson, 2008), og flere etterspør dette fokusområde i de nasjonale føringerne (Hjelmeland et al, 2014). Selv om den standardiserte risikotilnærmingen ikke vektlegger relasjon eksplisitt som tilnærming, fremheves viktigheten av relasjonelle ferdigheter innledningsvis i dokumentet. Retningslinjene anbefalinger om terapi i henhold til aktuell psykisk lidelse kan også ses som uttrykk for implisitt vektlegging av relasjon. Dette fordi terapeutiske relasjoner anses som viktig i all psykoterapeutisk behandling. (Gelso, 2011; Norcross & Lambert, 2011). Under føringer for stadig tilbakevendende suicidalitet anbefales at pasienten tildeles en fast behandler som skal følge opp over tid (Helsedirektoratet, 2008). Relasjonens betydning kan dermed synes å være inkludert flere steder i dokumentet uten at dette er eksplisitt formulert.

Eksplisitt forståelse av suicidalitet som meningsbærende kommunikasjon i retningslinjene etterlyses også av flere (Hjelmeland, et.al, 2014). Suicidale pasienter uttrykker noe gjennom sin atferd og denne betydningen bør utforskes (Qvotrop, 1999, Fleicher 2000,

Knizek & Hjelmeland, 2007). (ibid.). Retningslinjene setter fokus på å bryte taushet om selvmordstanker og selvmordsplaner. Ulike terapiformer søker også å fremme kommunikasjon rundt vanskelige forhold i livet, og et kommunikasjonsperspektiv kan dermed implisitt synes å være tilstede. Retningslinjene mangler imidlertid et fokus på selvmordsatferd som kommunikasjon, selv om kommunikasjon om selvmordsatferd på flere måter er til stede. Retningslinjene kan by på muligheter gjennom samtaleterapi, og avdekking av selvmordsproblematikk gjennom åpne og direkte spørsmål. Eksplisitt vektlegging av selvmordsatferd som kommunikasjon, ville trolig kunne gitt et positivt bidrag til utvidet forståelse og et godt redskap til å kunne jobbe sammen med pasienten for å forebygge selvmord.

## 7.0 Retningslinjenes påvirkning på fagfolk

I følge Prior (2003, 2008) påvirker dokumenter menneskers holdninger og handlinger i et samtidig samspill med omverdenen for øvrig. Priors referanse til Actor -Network teori vil i dette kapittelet benyttes for å tydeliggjøre retningslinjenes påvirkningskraft på fagfolk, sett i sammenheng med påvirkning fra forhold rundt dokumentet. Kapittelet vil oppsummere sentrale momenter fra analyse av retningslinjenes arkeologi og innhold.

### 7.1 Retningslinjene som aktør

I Actor - Network teori beskrives samtidig og gjensidig påvirkning mellom mennesker, ting og konsepter. Teorien fremhever at aktører i sosiale nettverk påvirker hverandre, og et viktig moment er at det ikke skilles mellom menneskelige og ikke menneskelige aktører. Dokumenter kan opptre som aktører i sosial samhandling, og påvirke både holdninger og handlinger hos andre aktører i nettverket (Latour 1983, 2005; Prior, 2003, 2008). Retningslinjene kan i henhold til teorien betegnes som en aktør med påvirkning på andre aktører.

Retningslinjene synes i denne analysen å ha sterk påvirkningskraft på fagfolk som skal drive selvmordsforebyggende arbeid, og dokumentet må derfor sies å ha en sterk *inskrripsjon* (Latour & Woolgard, 1989). Fagfolk *drives* av føringene (Prior, 2003); tiden benyttes som retningslinjene har befalt. Terapeuter forsøker etter beste evne å skille suicidalitetsformer og iverksette hensiktsmessig sikkerhetstiltak. Beslutninger tas om beskyttelse eller fokus på mestring, og hele tiden vurderes tvang eller autonomi. Psykisk lidelse behandles etter kunnskapsbaserte tilnærminger. Gjentatte risikovurderinger og monitorering av suicidalitet foregår parallelt med dette. Engstelse for tilsynsmyndigheter synes å være en klar drivkraft (Hagen et al. 2017; Straume 2014; Stangeland 2016; Aarre et al. 2017).

Dette kan som oppgaven tidligere har belyst, by på både utfordringer og muligheter. Retningslinjene kan spille rolle som ressurs (Prior 2003, 2008) gjennom intensjon om reduksjon av antall selvmord, økt bevissthet rundt selvmordsfare hos pasienter under oppfølging fra psykisk helsevern, og åpenhet i forhold til kommunikasjon rundt selvmordsproblematikk (Mehlum, Ness, & Walby 2014). Mange pasienter får god hjelp av terapi og medisiner i tråd med anbefalingene. Retningslinjene kan imidlertid i større grad synes å spille rolle som opposent (Prior, 2003, 2008) med et kritisk blikk. Dette får fagfolk til

å prioritere den tid de har til rådighet på etterlevelse av standardiserte føringer og sikring av egen rygg gjennom grundig dokumentasjon. Dette til tross for at 31 av 34 anbefalinger mangler dokumentasjon på effekt (Helsedirektoratet, 2008). Retningslinjene synes å opptre som egen aktør med stor påvirkningskraft, men det kan altså synes som det er tilsynsmyndigheters tolkninger og vurderinger som representerer den sterkeste inskripsjon og har den største påvirkning.

Denne diskusjonen kan i henhold til Actor - Network teori, settes i sammenheng med at dokumenter og forhold rundt det skrevne opptre i nettverk med gjensidig påvirkning på hverandre. Dokumenters påvirkningskraft vil dermed kunne gå i en annen retning enn det som har vært intensjonen i utgangspunktet (Prior, 2003, 2008). Dokumenters påvirkning i sosiale settinger vil på denne måten kunne dreie seg om mer enn det aktuelle innhold.

## **7.2 Andre aktører i nettverket**

En annen grunnleggende tanke i Actor – Network teori, er at nettverk av aktører kan identifiseres, og påvirkning fra ulike aktører kan kartlegges (Callon, 1989; Latour 1983, 2005; Law, 1994; Prior, 2003, 2008). Enhver aktør har større eller mindre påvirkningskraft på nettverket og de andre aktørene, samtidig som aktøren selv påvirkes av helheten. Også her er det viktig å presisere at teorien ikke skiller mellom menneskelig og ikke menneskelige aktører. Retningslinjene er i seg selv en aktør, fagfolk er aktører, virksomheter i psykisk helsevern, og helsepolitiske myndigheter er aktører. Det samme gjelder for tilsynsinstitusjoner. Også pasienter med selvmordstanker kan defineres som aktører i henhold til denne teorien. Sammen danner dette et nettverk av gjensidig påvirkning i henhold til grunntanken i Actor - Network teori (ibid.).

Påvirkningen kan spores tilbake til dokumentets vitenskapelig kunnskapssyn og forskningsgrunnlag (Prior, 20003, 2008). Den rådende kunnskapsnormen i retningslinjene påvirker fagfolks beslutninger, ettersom den i hovedsak legger føringer basert på biomedisinsk grunnlagstenkning. Det biomedisinske perspektivet har stor status og makt (Fitzpatric et al. 2014; White et.al, 2016). Påvirkningen på fagfolk gjør seg derfor gjeldende til tross for at retningslinjene har svakt dokumentasjonsgrunnlag med manglende evidens for effekt (Kunnskapssenteret, 2006, 2007, Gjelsvik, 2014) og at kunnskapssynet som vektlegges, av mange oppleves som for ensidig og standardisert.

Krav til etterlevelse av standardiserte prosedyrer påvirker fagfolk i møte med pasienter. Helsevesenets styringsform opptrer også som aktør med påvirkningskraft på den jobb som skal gjøres (Wyller, et al, 2013). I en tid med store krav til produksjon og effektivitet i helsevesenet, settes fagfolk under stort press. Pasienter kan komme til å bli skadelidende fordi det ikke bevilges nok ressurser til å bistå mennesker over tid (Berg, 2006). En annen påvirkningsaktør er dagens spesialiserte helsevesen, hvor ulike avdelinger/etater bidrar med avgrensede oppgaver i ulike faser (Berglund, et al. 2015). Overføringer mellom ulike omsorgsnivåer kan utfordre allianse og relasjon mellom fagfolk og pasient (Hagen et.al, 2017), og dette kan påvirke mulighetene for å etterleve retningslinjenes anbefalinger om å unngå at pasienter blir kasteballer mellom ulike behandlingsinstanser (Helsedirektoratet, 2008).

Samarbeidsforhold på egen arbeidsplass har også innvirkning. Dersom fagfolk opplever støtte fra ledelse og kollegaer, vil det være lettere å kunne opptre som trygg fagperson i møte med alvorlig selvmordsproblematikk (Berglund et al. 2015; Lindseth & Nordberg, 2004). Kollegaer og ledere vil dermed også i henhold til Actor Network teori være aktører med påvirkningskraft i nettverket rundt selvmordsforebyggende arbeidet i psykisk helsevern (Callon, 1989; Latour 1983, 2005; Law, 1994; Prior, 2003, 2008)

Pasienter er også en del av nettverket av aktører med påvirkningskraft gjennom sine holdninger og atferd. Trusler om selvmord og ansvarsfraskrivelse kan oppstå og dette kan igjen påvirke den som skal hjelpe (Paris, 2007). Fagfolks egne reaksjoner i møte med selvmordsproblematikk virker også inn. Noen ganger klarer terapeuter å legge til rette for gode allianser og relasjoner, mens andre ganger er dette vanskelig. Frykt og politisk ukorrekte reaksjoner kan forstyrre mulighetene for å hjelpe, og utfordringer kan oppstå (Larsen, 2011).

Forventninger fra samfunnet og reaksjoner fra tilsynsmyndigheter er klart virksomme faktorer (Ness et al. 2015) I følge Jobs og Ballard (2011) kan det synes som om samfunnet i denne sammenhengen tillegger fagfolk en type makt, kontroll og innflytelse som ikke eksisterer i den objektive virkeligheten. Fagfolk kan lett kjenne seg tynget av de urealistiske forventningene, og derigjennom søke å sikre sin egen rygg gjennom plettfri etterlevelse av de føringer som ligger til grunn for gjennomgang fra tilsynsmyndigheters side. Forventninger fra samfunnet og tilsynsmyndigheter fremstår også derfor som aktører i nettverket med direkte påvirkningskraft på fagfolk.

### 7.3 Dynamisk vekselvirkning og ulike tolkninger

I følge Prior (2003, 2008) foregår hele tiden en dynamisk vekselvirkning mellom dokumenter, lesere og forhold rundt. Det vil derfor kunne være hensiktsmessig å stille spørsmål om hvem som tolker og hva som påvirker. Ulike aktørers tolkning vil ikke alltid være i samsvar med dokumentets intensjon (ibid.). Relatert til dette bør det nevnes at arbeidsgruppens målsetning i utgangspunktet var at retningslinjene skulle bygge på kunnskapsbaserte, ukontroversielle faglige standpunkter og ha som siktemål å heve den faglige standarden på fagfeltet (Walby, 2008). I henhold til dette har kanskje dokumentet blitt mer kontroversielt enn arbeidsgruppen hadde forventet og beregnet.

Når det gjelder spørsmål om hvem som tolker, poengterer Stangeland (2016) at fagfeltet selv har overtolket retningslinjenes føringer som et pålegg om å forhindre alle enkelttilfeller. I retningslinjene som dokument understrekes at alle selvmord i psykisk helsevern ikke kan forhindres, og at myndighetene ikke pålegger fagfolk en null visjon (Helsedirektoratet, 2008). Ettersom lesere tolker dokumenter i den sosiale setting de er en del av, vil det i henhold til Prior være et spørsmål om dokumenter etterhvert lever sitt eget liv, uavhengig av målsetning og intensjon det ble laget ut i fra (Prior, 2003, 2008). Fagfeltets tolkning om at retningslinjene fremmer en nulltoleranse, kan være eksempel på dette. Kanskje er det slik at retningslinjene i varierende grad lever sitt eget liv løsrevet fra intensjonen. Dokumentanalysen har uansett så langt vist at retningslinjene er et produkt av den samtid det er laget i, og at dokumentet som aktør opptrer parallelt med andre krav og betingelser i nåtid. Analysen har dessuten pekt på at anbefalinger i retningslinjene kan synes å være på kollisjonskurs med andre krav fra helsepolitisk hold. Dette bør løftes frem og jobbes med for at fagfolk skal kunne bistå mennesker til å gjenvinne ønske om å leve. Ettersom retningslinjene fremstår som en aktør som både kan bistå som ressurs eller opposent som trykker ned, vil det uansett være viktig at helsemyndigheter legger til rette for at mulighetene blir mer fremtredende enn utfordringene. En revisjon av retningslinjene er derfor ønskelig og nødvendig.



## 8.0 Avslutning

I avslutningsprosessen vil det være aktuelt å evaluere metoden som er brukt i oppgaven. Refleksjoner knyttet til håndtering av egen forforståelse, vil også foretas her. Oppgaven avrundes med innspill som bør vektlegges ved revisjon av retningslinjene.

### 8.1 Evaluering av metode

Problemstillingen i oppgaven har vært:

*Hvilke utfordringer og muligheter møter fagfolk i klinisk arbeid gjennom føringer fra nasjonale retningslinjer for forebygging av suicid i psykisk helsevern?*

Priors tilnærming til dokumentanalyse ble valgt ettersom denne belyser bakgrunnsforhold, innhold og påvirkning. Metoden har bidratt til å belyse vitenskapelig grunnlagstenkning, forskningsbase og kunnskapsforståelse. Samtidig har den også fått frem retningslinjenes påvirkning på fagfolk, og satt dette i sammenheng med andre påvirkningsfaktorer i retningslinjenes kontekst. Disse momentene har vært sentrale for å kunne belyse problemstillingen i oppgaven. Priors tilnærming til dokumentanalyse har gitt et nyttig rammeverk for å synliggjøre utfordringer og muligheter fagfolk kan møte gjennom føringer fra helsemyndigheter. Andre metoder for dokumentanalyse kunne frembrakt andre momenter, og gitt andre resultater. For eksempel ville en kvantitativ dokumentanalyse vektlagt tekniske forhold ved dokumentet. Telling av ord og andre tekstenheter ville vært i fokus, og analysen hadde dermed fått frem andre forhold (Thagaard, 2009). Det har til tider vært krevende å få oversikt og sortere innspill fra fag - og forskningsfelt, men inndeling i arkeologi, innhold og påvirkning har bidratt til å lette sorteringsarbeidet. Ripleys trinnvise fremgangsmåte for dokumentanalyse har bidratt til struktur og system selve skriveprosessen, og dermed komplementert Priors tilnærming.

Oppgavens kvalitet består i at problemstillingen er belyst gjennom forskeres og fagfolks innspill og erfaringer. Dette har vært med på å synliggjøre konsekvenser av retningslinjene i klinisk arbeid med selvmordsforebygging. I tråd med at dokumenter er et produkt av sin samtid, vil også innspill fra fagfolk i klinikken og på forskningsfeltet være en del av den samtid dokumentet brukes i. Innspillene synliggjør de faktiske utfordringer fagfolk

opplever. Reliabilitet og validitet i oppgaven knyttes derfor til den suicidologiske fag- og forsknings litteraturen som ligger til grunn for analysen.

## **8.2 Handtering av egen forforståelse**

En svakhet i dokumentanalyser er at egen forforståelse kan påvirke utvelgelse av litteratur, og vektlegging av synspunkter og perspektiver i oppgaven (Grønmo, 2004). Dette vil også være tilfelle i denne oppgaven. Jeg har nå 20 års erfaring fra arbeid med pasienter i risikogrupper. Mine egne opplevelser med selvmord hos pasienter under behandling, lå til grunn for ønske om å undersøke utfordringer og muligheter knyttet til retningslinjene. I utgangspunktet var jeg skeptisk til hvorvidt ensidig risikotilnærming er hensiktsmessig. Det har derfor hele tiden vært en målsetning å være åpen for positive sider ved føringene. Muligheter knyttet til retningslinjene er derfor belyst i et eget kapittel, for å sikre at også disse vektlegges i analysen. Jeg opplever selv at arbeidet med oppgaven har gitt meg ny kunnskap og utvidet forståelse for kompleksiteten i suicidologi som fagfelt. Selvmordsforebygging har vist seg å være et fagområde med ulike spenningsfelt av gode intensjoner. Egen forforståelse kan ha preget søk og utvelgelse, men det har syntes lettere å finne litteratur som peker på utfordringer heller enn muligheter. Vektskålen har derfor i større grad blitt preget av kritiske innspill, heller enn av røster som taler for en standardisert risikobasert tilnærming til selvmordsforebyggende arbeid. Jeg har søkt å handtere egen forforståelse i oppgaven ved å tydeliggjøre denne for leseren, samt å hele tiden være åpen for andre perspektiver.

## **8.3 Innspill til en eventuell revisjon av retningslinjene**

Når man veier utfordringer og muligheter opp mot hverandre, preges vektskålen av ubalanse. Utfordringene synes altså i stor grad å overgå mulighetene. Ensidig fokus på risiko i retningslinjene synes i for stor grad å overgå fokus på omsorg og individuell tilnærming. Dagens føringer bygger på et svakt dokumentasjonsgrunnlag, og ettersom et evidensbasert kunnskapsperspektiv ligger til grunn, burde krav til evidens i retningslinjene vært høyere. Avslutningsvis i arbeidsprosessen sitter jeg igjen med en overbevisning om at retningslinjene bør endres. Dette fordi analysen har pekt på at ensidig risikotilnærming kan gå på bekostning av pasientens behov. I tråd med fremheving av at selvmord er et multifaktorielt fenomen kan det heller ikke være en endimensjonal tilnærming til fenomenet (Shneidman, 1985; Linehan,

2008). En bredere tilnærming til selvmordsforebygging og selvmordsforskning bør derfor fremmes i retningslinjer for selvmordsforebygging i psykisk helsevern. For å nå en slik målsetning bør kvalitative studier inkluderes i forskningsgrunnlaget. Kvalitative studier kan tilføre kunnskap som har relevans i klinisk sammenheng (Gjelsvik, 2014; Hjelmeland et al. 2012). En vridning mot fenomenologisk forståelse av selvmord, vil være ønskelig sett opp mot dagens positivistiske hovedmodell (Haugsgjerd et al. 2009).

Jeg tror kunnskap om risikofaktorer om selvmord er viktig, selv om denne kun har gyldighet på gruppenivå. Risikofokus bør imidlertid ikke være eneste tilnærming, men perspektivene bør utvides slik at forståelse av individet med sin historie står i fokus (Mulder, 2011; Heller, 2014). Gjennom å lytte til den enkelte tas også selvmordsrisiko på alvor. Jeg tror det er nødvendig å akseptere at risiko for selvmord er tilstede, og heller i større grad konsentrere tilnærmingen om å hjelpe pasienten med de forhold som er årsak til selvmordsatferden. Kanskje bør det fokuseres mindre på hvordan man kan hindre selvmord og mer på hva pasienten trenger hjelp til for at livet skal bli lettere å leve. Det bør derfor gis større rom for fokus på konteksten pasientens selvmordsproblematikk har oppstått i. Dette istedet for nåværende hovedfokus på individuell patologi (Hjelmeland et. al, 2012). Vektlegging av praktisk bistand i henhold til pasientens problemer vil også være hensiktsmessig i nasjonale føringer (Borg & Topor, 2007). Inkludering av et salutogenetisk mestringsperspektiv vil kunne gi rom for et konstruktivt fokus på hjelp til bedring av livskvalitet (Antonovsky,2012). Fokus på å fremme beskyttelsesfaktorer fremfor utelukkende å vurdere risikofaktorer, vil bringe retningslinjene inn på et bedre spor. Vektlegging av mening bak selvmordsatferd og relasjonens betydning i selvmordsforebyggende arbeid, vil i tillegg kunne føre retningslinjene i riktig retning (Hagen et. al, 2014).

Alt i alt vil en nedtoning av en standardisert risikotilnærming, og en større vektlegging av individuell tilnærming, kunne gi fagfolk et større handlingsrom. Retningslinjene bør legges til rette for individuell og god helsehjelp, inkludert god behandling av psykiske lidelser. Hovedbekymringen knyttet til dagens risikotilnærming, er at den praksis retningslinjene legger opp til tjener tilsynsmyndighetenes formål, framfor å bidra til trygge og kompetente fagfolk. Ettersom retningslinjene legges til grunn for vurderinger i tilsynssaker, bør overordnede helsemyndigheter sikre at risikotilnærming ikke lenger blir gullstandarden for selvmordsforebyggende arbeid i psykisk helsevern.



## LITTERATURLISTE

- Aarre T. F., Hammer J. & Stangeland T. (2017) Ingen kan føresjå sjølv mord. *Aftenposten* 22.05.2017
- Abel H. (2015) Stemplet som kronisk suicidal.  
<http://www.mentalhelse.no/psykbloggen/alle-blogginnlegg/stemplet-som-kronisk-suicidal>
- Antonowsky A. (2012) *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag
- Bateman A.W. & Fonagy P. (2007) Mentaliseringsbasert terapi for borderline personlighetsforstyrrelse. Oslo: Arneberg Forlag
- Beattie D. & Devitt P. (2015): *Suicide: A Modern Obsession* Dublin: Liberties Press
- Berg O. (2006) Helsevesenet- fra venstrepolitikk til høyrepolitikk. *Tidsskriftet den norske legeforening* no.1, 5: januar 2016 126:29
- Bergen H., Hawton, K., Waters, K., Ness J., Cooper, J. & Steeg S. (2012) Premature death after self-harm: a multicentre cohort study. *Lancet*, 380(9853), 1568-1574.
- Berglund A, Frøysaa C & Siqveland J (2015) Behandling ved kronisk suicidalitet – retningslinjer og realiteter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. Vol.52, nr 10, 2015 s 872 – 877.
- Bernert R. A., Hom M. A. & Roberts L. W. (2014): A review of multidisciplinary clinical guidelines in suicide prevention: Toward an emerging standard in suicide risk assessment, training and practice. *Academic Psychiatry*.38, 585-592.doi:10.1007/s40596-014-0180-1.
- Beskow J. & Tørnberg E. M. (2016) Vad er suicidalitet? Psykiaterkåren måste ena seg! *Suicidologi*. Nr 3/2016, s. 21-23
- Bjørlykkhaug K. I. (2017) Sjølv mord og andre utvegar. *NRK Ytring Kronikk*15.06.17
- Borg M. & Topor A. (2007) Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. Oslo: Kommuneforlaget
- Bøe T. D. & Thommasen A. (2000) Mot en mer menneskelig psykiatri. Fra autoritet til dialog og deltakelse. Oslo: Universitetsforlaget

Callon M. (1989) Society in the making. The study of technology as a tool for sociological analysis. In WE Bijker, T. Pinch and T.P Huges etd. *The Social Construction of Tecnological System*. Cambridge, MA: MIT Press 83-103

Cassells C., Paterson, Dowding D. & Morrison R. (2005) Long and short- term risk factors in prediction of inpatient suicide: A review of the literature. *Crisis*, 26 (2), 53-63, doi:10.1027/0227-5910.26.2.53

Cavanagh J. T., Carson A. S., Sharpe M. & Lawrie S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide. A systematic review. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006943>

Cutcliff J.R. & Barker P. (2002) Considering the care of the suicidal client and the case for “engagement and inspiring hope” or “observations” *Journal of Psychiatric and Mental health Nursing* 9,611-621. <http://dx.doi.org/10.1046/j1365-2850.2002.00515.x>.

Cutcliff J.R & Stevenson C. (2008) Never the twain. Reconciling national suicide prevention strategies with the practice, educational and policy needs of mental health nurses (Part one) *International Journal of Mental Health Nursing*. 17, 341-350,doi:10.1111/j.1447-0349.2008.00557.x

De Leo D., Burgis S., Bertolote J. M., Kerkhof A. & Bille-Brahe U. (2004) Definitions of Suicidal Behaviour. I: D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof & A. Schmidtke (red.) *Suicidal behaviour. Theories and research findings* (1. utg. s. 17-39). Tyskland: Hogrefe & Huber

Dieserud G. (2006). Psykologisk perspektiv på selvmordsatferd. *Impuls*, 1, 23-31.

Durkheim É. (1960) *Selvmodet. En sosiologisk undersøkelse*. Oversatt til norsk av H. Roll (2001). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Ekeberg Ø. & Hem E. (2016) *Praktisk selvmordsforebygging*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag

Ekeland T. J. (1999) Evidensbasert behandling: Kvalitetssikring eller instrumentalisk mistak. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36,1036-1047

Emblemsvåg E. R. (2014). Re: Overdreven tro på selvmordsrisikovurdering? *Tidsskrift Norsk Legeforening*; 134: 593.

Fleischer E. (2000). *Den talende tavshed. Selvmord og selvmordsforsøg som talehandling*. Odense: Odense Universitetsforlag

- Foucault M. (1970) *The order of things* London: Tavistock
- Folkehelseinstituttet (2015) Fakta om selvmord og selvmordsforsøk-FHI-FOLKEHELSEINSTITUTTET <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/selvmord/forebygging-av-selvmord---faktaark>
- Folkehelseinstituttet (2017) Fakta om selvmord og selvmordsforsøk-FHI-FOLKEHELSEINSTITUTTET. <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/selvmord/selvmord-og-selvmordsforsok---fakta/>
- Frahm Jensen M. J. & Weber A. (2015) Kronisk Suicidalitet- merkelapp til besvær. <https://sykepleien.no/meninger/innsjutt/2015/kronisk-suicidal-merkelapp-til-besvaer>
- Gelso C. J. (2011). *The real relationship in psychotherapy: The hidden foundation of change*. Washington DC. US: American Psychological Association
- Gjelsvik B. (2014) Advarsel om selvmordsrisiko. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(3), 242-251.
- Hagen J., Hjelmeland H. & Knizek B.L. (2014) Overdreven tro på selvmordsrisikovurderinger? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 4, 394.
- Hagen J., Hjelmeland H. & Knizek B. (2016) Relational Principles in the Care of Suicidal Inpatients: Experience of Therapists and Mental Health Nurses, *Issues in Mental Nursing*, DOI: 1080/01612840.2016.1246631
- Hagen J., Knizek B & Hjelmeland (2016) Experiences of Caring for Suicidal Patients in Psychiatric Wards: an Emotional Endeavor. *Archives of Psychiatric Nursing* (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07018>
- Hagen J., Hjelmeland H. & Knizek B. (2017) Connecting with suicidal patients in psychiatric wards: Therapist challenges, *Death Studies*, DOI: 10.1080/07481187.2017.1284955
- Halvorsen K. (2008) *Å forske på samfunnet. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Akademiske forlag
- Hauge N. P. & Hammerlin Y. (1999) *Selvmordsforebygging i et helhetlig perspektiv*. I: L
- Haugsgjerd S., Jensen P., Karlsson B. & Løkke J.A. (2009) *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Hammerlin Y. & Schjeldrup G. (1994) *Når livet blir en byrde*. Oslo: Gyldendal

Heller N. R. (2014). Risk, Hope and Recovery: Converging Paradigms for Mental Health Approaches with Suicidal Clients. *British Journal of Social Work*, 1-16. doi:10.1093/bjsw/bcu007

Helsedirektoratet (1993). *Nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge*. Oslo: Helse og omsorgskomiteen 2016/2017. Innst.147 L (2016-2017) Innstilling til Stortinget fra helse – og omsorgskomiteen. Prop.147 L 2015-2016) Oslo 15.des.2016 v. Kari Kjønnaas Kjos

Helsedirektoratet (2008) Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2014) *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017*. Oslo: Helsedirektoratet

Hem E. (2013) Pasient, klient, bruker eller kunde *Tidsskrift for Norsk Legeforening* 10.405/133:821. DOI:10.405/tidsskr.13.0527.

Hjelmeland, H. & Knizek, B.L. (2011). Methodology in suicidological research – contribution to the debate. *Suicidology Online*, 2, 8-10.

Hjelmeland H., Diserud G., Dyregrov K., Knizek B.L. & Leenaars A. A (2012). Death Studies. Psychological Autopsy Studies as Diagnostic Tools: Are They Methodologically Flawed? <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2011.58415>

Hjelmeland H. & Knizek, B.L. (2013) Hva er meningen? Selvmordsatferd som kommunikasjon. *Sosiologi i dag*, 43(1), 7-30.

Hjelmeland (2016) *Critical Suicidology* edt White, J. Marsh I, Kral M. J, Morris, J.: Transforming Suicide research and prevention for the 21<sup>st</sup> Century s

Hjelmeland H., Hagen J. & Knizek B. L. (2014) Selvmordsforebygging i psykisk helsevern- På tide å tenke nytt. *Tidsskrift for Den norske legeforening* www. Tidsskriftet.no 2606.2014: 1222

Hjelmeland H. Diserud G., Dyregrov K., Knizek, B.L. & Rasmusen M.L. (2014) Selvmord og psykiske lidelser. *Tidsskrift Norsk Legeforening* 2014:1369-70 DOI:10.4045/tidsskr.140549

Hjelmeseth (2014) Randomiserte studier- nyttige for hvem? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*: Publisert 14.oktober 2014 No.19 Oktober 2014 134:1819 DOI: 10.4045/tidsskr.14.0968



Hoel T. L. (2017). <http://www.erfaringskompetanse.no/nyheter/kritiske-pakkeforlop-utkastene/>.

Holmes D., Murray S.J., Perron A. & Rail G., 2006. Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences: truth, power and fascism. *Int J Evid Based Healthc.* 2006 Sep; 4(3):180-6. doi: 10.1111/j.1479-6988.2006.00041.x.

Illich I. (1975) The medicalisation of life. *J Med Ethics* 1975 1: 73-77doi: 10.1136/jme.1.2.73

Jobes D.A & O'Connor S.S (2009) The duty to protect suicidal clients: Ethical, legal and professional considerations. In J.L. Werth, E.R. Welfel, & G.A Benkamin (Eds.) *The duty to protect: Ethical, legal and professional considerations*. Washington DC: American Psychological Association.

Jobes D. A. & Ballard E. (2011) The Therapist and the Suicidal Patient. In: K. Michel & D.A.

Jobes (Red.), *Building a Therapeutic Alliance With the Suicidal Patient* (1. utg. s. 51-62). USA: American Psychological Association

Knizek B.L. & Hjelmeland H. (2007) A theoretical model for interpreting suicidal behaviour as communication. *Theory & Psychology*, 17(5), 144-155.

Kunnskapssenteret (2006) Forebygging av selvmord, del 1: Psykoterapi, medikamentelle intervensjoner, og elektrokonvulsiv terapi. Rapport fra Kunnskapssenteret. Nr. 24–2006 Nasjonal kunnskapssenter for helsetjenesten. ISBN 82-8121-132-6 ISSN 1503-9544

Kunnskapssenteret (2007) Forebygging av selvmord, del 2: Systematisk kunnskapsoppsummering Rapport fra kunnskapssenteret Nr. 4-2007 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. ISBN 978-82-8121-146-9 ISSN 1890-1298

Kåss E. (2016, 3. november). Kronisk. I Store medisinske leksikon. Hentet 13. juli 2017 fra <https://sml.snl.no/kronisk>

Latour B. (1983) Give me a laboratory and I will raise the World. In K.D. Knorr-Cetina and M. Mulkay etd. *Science Observed* London Sage 140-70.

Latour B. & Woolgord S. (1986) *Laboratory Life. The Construction of Scientific Facts* Princeton: Princeton University Press.

- Large M., Sharma, S., Cannon E., Ryan C. & Nielssen O. (2011) Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital: a systematic meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 619-628.
- Large M., Ryan C. & Nielssen O. (2011) The Validity and utility of risk assessment for inpatient suicide. *Australasian Psychiatry*, 19 (6), 507-512  
doi:10.3109/10398562.2011.610505
- Large M. (2013). Assessing risk of suicide or self harm in adults. *BMJ*, 2013, 347:f4572 doi: 10.1136/bmj.f4572
- Large M. & Ryan C. (2014). Suicide risk assessment: myth and reality. *The International Journal of Clinical Practice*, 68(6), 679-681.
- Large M., Ryan C., Walsh G. Stein-Parbury J. & Patfield M. (2014) Nosocomial suicide. *Australasian Psychiatry*, 22(2), 118-121.
- Larsen K. (2010) Selvmordsforebygging: Balansegang mellom realisme og optimisme. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 47 nummer 10, 2010 s. 906-907
- Larsen K. (2011) Bare gå og heng deg din jævla dritt. Motoverføring og suicidalitet. *Suicidologi* 16, 18-24
- Larsen K. (2012) Det verste som kan skje. Profesjonelles reaksjoner på selvmord hos pasienter [www.rvts.no](http://www.rvts.no)
- Larsen K. (2016) Dilemmaer ved selvmordsforebygging. Anmeldelse av Kim Larsen *Suicidologi* nr. 3, 2016. s.11
- Latour B. (2005). *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory*  
Oxford: Oxford University Press.
- Law J. (1994) *Organising Modernity*. Oxford: Blackwell
- Leira H.K. (2003.) *Det gode nærvær: Kulturens psykologiske betydning*. Bergen: Fagbokforlaget
- Linehan M. M. (2008). Suicide Intervention Research: A Field in Desperate Need of Development. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(5). pp. 483-485.

- Lingjærde O. (2001) Medikamentell behandling i oppfølging etter selvmordsforsøk, *Suicidologi* 2001. Årg. 6, NR 2 Malt 2016, sml.snl.no store norske leksikon sist oppdatert 18.jan, 2016
- Madsen, O.J. (2014) *Den terapeutiske kultur*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mehlhum. L. (Red.). *Selvmordsforebygging i teori og praksis* (s. 421-445). Kristiansand. Høyskoleforlaget AS
- Mehlum, L. (1999). Vurdering av selvmordsfare. I Mehlum, *Tilbake til livet* (ss. 141-142). Kristiansand S: Høyskoleforlaget AS.
- Mehlum L. & Jensen A. (2006). Suicidal atferd ved ustabil personlighetsforstyrrelse. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 126. 2946-2949
- Mehlum L., Ness E. & Walby F. (2014). Re: Overdreven tro på selvmordsrisikovurderinger? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 6(134: 593). doi:10.4045/ tidsskr.14.0283
- Mehlum L. (2017) Praktisk selvmordsforebygging bokanmeldelse *Suicidologi*, nr.1- 2017.07. s.36.
- Michel K. (2011) Introduction. I: K. Michel & D.A. Jobes (Red.) *Building a Therapeutic Alliance With the Suicidal Patient* (1. utg., s. 3-10). USA: American Psychological Association.
- Mork E., Ekeid G., Ystgaard M., Mehlum L.& Holte A. Psychosocial follow-up after parasuicide in Norwegian general hospitals. *Tidsskrift Norsk Lægeforening* 2001; 121: 1038–43.
- Mulder R. (2011) Problems with Suicide Risk Assessment. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 605-607 doi:10.3109/00048674.2011.594786
- Ness E., Fixdal T., Torper J.L, Jakobsen I., Thomassen A., Aarøen K., Antonsen B., Lindkvist K.V., Skåden H., Vethe T & Hymer K.E. (2015). Alle selvmord skyldes ikke behandlingssvikt. *Tidsskrift Norsk Legeforening* nr. 15, 2015;135
- Norcross, J. C. & Lambert M. J. (2011). *Psychotherapy relationships that work II. Psychotherapy*, 48(1), 4-8. doi: 10.1037/a0022180
- Nyseter T. (2015) *Velferd på avveie. Reform. Verdier. Veivalg* Oslo: Res Publica

- O'Connor R. S., Platt S. & Gordon J. (2011). Achievements and challenges in suicidology: Conclusions and future directions. I R. C. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (red.) *International handbook of suicide prevention* (s. 625–642). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Onken S.J., Craig C.M., Ridgway P., Ralph R.O. & Cook J.A. (2007) An Analysis of the Definitions and Elements of Recovery: A review of the Literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 9-22.
- Paris J. (2007). *Half in love with death*. USA: Routledge
- Patfield M (2000) Creeping custodialism. *Australian Psychiatry*, 8 (4), 370-372.doi:10.1046/.1440-1665.2000.00283.x
- Pilgrim D. (2008) Recovery” and current mental health policy. *Chronic Illness*, 4, 295-304.
- Pokorny A. D. (1992) Prediction of suicide in psychiatric patients: Report of a prospective study. In Maris R.W Maris, Berman A.L, Maltzberger J.T. & Yufit R.T. EDS. *Assesment prediction of suicide* 105-129. New York: Guildford press
- Pouliot L. & De Leo D. (2006) Critical Issues in Psychological Autopsy Studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(5), 491-510.
- Power M. (2004) The nature of risk: The risk management of everything. *Balance Sheet* 2004; 12: 19 – 28
- Powell J., Geddes J. Hawton K. Deeks J. & Goldrace M.( 2000): Suicide in psychiatric hospital in – patients Risk factors and their predictive power. *The British Journal of Psychiatry*:176, 266-272.doi:10.1192/bjp.176.3.266
- Prior L. (2003). *Using Documents in Sosial Research*. London. SAGE Publications Ltd.
- Prior L. (2008). Repositioning Documents In Sosial Research. *Sociology* BSA Publications Ltd Volume 42(5): 821-836 DOI:10.1177/0038038508094564
- Repstad P. (2007) Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag. Oslo: Universitetsforlaget.
- Retterstøl N. (1995) *Selv mord*. Oslo: Universitetsforlaget
- Retterstøl N., Ekeberg, Ø. & Mehlum, L. (2002) *Selv mord – et personlig og samfunnsmessigproblem*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Ripley T. (2007) *Doing Conversation and Document analysis*. SAGE Publications Ltd.

- Ryan C., Nielssen O., Paton M. & Large M.(2010). Clinical decisions in psychiatry should not be based on risk assessment, *Australian psychiatry*, 18(5), 398-403.doi:10.3109/10398562.2010.507816
- Saastad E. (2016) Årsrapport 2016. Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten Utgitt: 04/2017 Publikasjonsnummer: IS-2617 ISBN 978-82-8081-494-4 Helsedirektoratet
- Samuelsson M., Wiklander M., Åsberg M. & Saveman B.I. (2000) Pshychiatric care as seen by the attempted suicide patient. *Journal of Advanced Nursing*.32 / (3), 635-643. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01522.x>.
- Segal Z., Williams J. M. G. & Teasdale J. (2013) (2. utg). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression. A new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press.
- Scott R. (2006). Risk Management and the Suicidal Patient Psychiatry, *Psychology and Law*, 2016. Vol.23, No.3, 336-360, <http://dx.doi.org/10.1080/13218719.2016.1168721>
- Shneidman, E. (1985). *Definition of Suicide*. USA: Rowman & Littlefield Publishers, INC
- Skårderud F. & Sommerfeldt B. (2013) *Miljøterapi*boken. *Mentalisering som holdning og handling* (MBT-M). Oslo: Gyldendal
- Sommerfelt B. og Skårderud F. (2009). Hva er selvsykdom? *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 129, 754-758 DOI:10.4045/tidskr.08.0454
- Stangeland T. (2009) Relasjonelle dilemmaer i akutt ambulant arbeid. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Vol.46, nr. 10, 2009. s 965-969
- Stangeland T. (2012) Når sikreste behandling ikke er beste behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 138-144.
- Stangeland T. (2016). I skyggen av selvmordsrisiko. <http://psykologisk.no/sp/2016/02/e3/>
- Statens Helsetilsyn (1995) Prosjektplan og handlingsplan not selvmord 1994-1998, Oslo 24.08.95. IK-2514
- St. meld nr. 25 (1996-1997). Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Sosial og helsedepartementet
- Straume S. (2014) Selvmordsforebyggingens pris. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. 51, 246-247

- Tallaksen D.W., Bråten K. & Tveiten S. (2013) You are not particularly helpful as a helper when you are helpless. *Vård i Norden. Nordic Journal of Nursing research*. 33(1), 46-50.
- Talseth A.G., Lindseth A., Jacobsen L., & Nordberg A. (1999): The meaning of suicidal psychiatric in-patients experiences of being cared for by mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 29(5), 1034-1041.doi:10.1046/j.1365-2648.1999.00009.x
- Talseth A.G., Lindseth A., Jacobsen L., & Nordberg A (2000) Physicians stories about suicidal psychiatric inpatients. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 14, 275-283. doi:10.1111/j.1471-6712.2000.tb00596x
- Talseth A.G., Lindseth A., Jacobsen L. & Nordberg, A (2001) The meaning of suicidal psychiatric inpatients experiences of being treated by physicians. *Journal of Advanced Nursing*. 34(1), 96-106.doi:10.1046/j1365-2648.2001.3411729.x
- Thagaard T. (2009) Systematikk og innlevelse: en innføring I kvalitativ metode. Bergen: Fagbokforlag
- Thomassen M. (2006) *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Tidsskrift for pasientskadeerstatning (nr.21/2013) *Psykisk helsevern- selvmord*. NPE
- Titelman D., Oskarson H., Wahlbeck K. (2013) Suicide mortality trends in the Nordic countries 1980 – 2009. *Nordic Journals of Psychiatry* 2013; 67: 414-423
- Undrill G. (2007) The risk of risk assessment. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 291-297.
- Vråle G.B. & Mjøsund N.H. (2004) Fotfølging av selvmordstruede pasienter i akuttpsykiatriske avdelinger- en studie med beskrivelse og ettertanke over fem sykepleieres fortellinger fra møte med pasienter som, fordi de ville ta sitt eget liv, hadde fotfølging en periode. Diakonhjemmet Høgskole, avdeling for forskning og utvikling, Rapport 10. Oslo. Diakonhjemmet
- Walby F.A (2008) Faglige retningslinjer for forebygging av selvmord I psykisk helsevern. *Suicidologi*, 2008 ÅRG.13 nr.2 s 6-9
- Wand T. (2012) Investigating the evidence for the effectiveness of risk assessment in mental health care. *Issues in Mental Health Nursing*, 33 (1), 2-7. doi:10.3109/01612840.2011.616984

Walby F. A. & Ness E. (2012) Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern- erfaringer og utfordringer videre. *Suicidologi* 2012;17:19-21

White J., Marsh, I, Kral M & Morris J ed. (2016) *Critical Suicidology. Transforming Suicide Research and Prevention for the 21<sup>st</sup> Century* Vancouver, Toronto, UBC Press

*WHO (2014) Preventing Suicide. A Global Imperative.*

Wyller V.B, Gisvold. S.E, Hagen E., Heggedal R., Heimdal A., Karlsen K., Mellion- Olsen J., Størmer J., Thomsen I. & Wyller T.B. (2013) Ta faget tilbake! *Tidsskriftet den norske legeforening* No.6,19 mars 2013 133:655-9 DOI: 10.4045/tidskr.13.0238

Øverland S. (2006). *Selvskading: en praktisk tilnærming*. Bergen: Fagbokforlaget. Øverland,