

Anne Engen Andersen
Elisabeth Overvoll Hole

En kvalitativ studie av pasienters opplevelse av å bli kartlagt for selvmordsrisiko

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi
Veileder: Trond Nordfjærn
Medveileder: Gunnar Hays Gotaas
Desember 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for psykologi

PASIENTERS OPPLEVELSE AV Å BLI KARTLAGT FOR SELVMORDSRISIKO

Forord

Denne hovedoppgaven har vært et selvstendig forskningsprosjekt utført av Anne Engen Andersen og Elisabeth Overvoll Hole, under veiledning av psykologspesialist Gunnar Hays Gotaas og professor Trond Nordfjærn. I dette prosjektet har kronisk suicidale pasienter under pågående behandling i psykisk helsevern blitt intervjuet om deres opplevelser og erfaringer med å bli kartlagt for selvmordsrisiko, i henhold til de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Datainnsamling, transkribering, analyser og bearbeiding av materialet ble gjennomført i samarbeid, hvor resultatene ble fremstilt i én felles hovedoppgave.

Vi ønsker å rette en stor takk til Trond & Gunnar, for god veiledning og konstruktive tilbakemeldinger i prosessen med dette prosjektet. Videre ønsker vi å takke behandlere ved St. Olavs Hospital avdeling Østmarka akuttpost og de inkluderte DPSéne, for praktisk bistand og spesielt pasientene som deltok i prosjektet. Tusen takk, deres bidrag har vært viktig!

*Anne Engen Andersen
Elisabeth Overvoll Hole
Trondheim, desember 2021*

PASIENTERS OPPLEVELSE AV Å BLI KARTLAGT FOR SELVMORDSRISIKO

Sammendrag

Selv mord er et alvorlig folkehelseproblem, og et viktig helsepolitisk mål har de siste tiårene vært å forebygge og redusere antallet selvmord i Norge. I 2008 ble «*Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*» innført. Den kliniske nytteverdien av de nasjonale retningslinjene har imidlertid vært under en pågående debatt over lengre tid.

Formålet med den foreliggende studien var å undersøke hvordan kronisk suicidale pasienter, under pågående behandling i psykisk helsevern, opplever å bli kartlagt for selvmordsrisiko i henhold til de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern.

Videre ønsket vi å undersøke hvorvidt denne pasientgruppen opplever standardisert selvmordskartlegging som fordelaktig eller til hinder for god behandling. Gjennom tematisk analyse viser resultatene at pasientene opplever at standardisert selvmordskartlegging ikke i tilstrekkelig grad legger til rette for at de får samtale om deres suicidalitet. Videre kan de standardiserte prosedyrene ved kartleggingen medføre ulike negative emosjonelle opplevelser hos pasientene. Studien viste at standardisert kartlegging i noen tilfeller kan være til hinder for etableringen av en god terapeutisk allianse og god behandling. Dette er særlig gjeldende i tilfeller hvor behandlere fremstår lite lyttende og responsive, er tilbakeholdne med å stille spørsmål om selvmordstanker- og planer direkte, samt har fokus på å kartlegge fremfor å utforske og forsøke å forstå pasientenes vansker og behov. Overordnet antyder resultatene at standardisert selvmordskartlegging *kan* stå i veien for god behandling av kronisk suicidale pasienter, og at flere hensyn bør tas av behandlerne ved gjennomføring av selvmordskartlegging av denne pasientgruppen i klinisk praksis.

Nøkkelord: selvmord, selvmordsrisiko, selvmordsforebygging, standardisert selvmordskartlegging, nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, kronisk suicidalitet, terapeutisk allianse, tematisk analyse.

PASIENTERS OPPLEVELSE AV Å BLI KARTLAGT FOR SELVMORDSRISIKO

Innholdsfortegnelse

Forord	7
Sammendrag	
Introduksjon	7
<i>Selvordsforebygging</i>	9
<i>Det biomedisinske perspektivets innflytelse på suicidologien</i>	10
<i>Risikofaktorer forbundet med selvmord</i>	10
<i>Historisk utarbeidelse av nasjonale retningslinjer</i>	11
<i>Utfordringer knyttet til å predikere selvmord</i>	12
<i>På tide å tenke nytt om selvmordsforebygging?</i>	13
<i>Debatt om retningslinjenes nytte i klinisk praksis</i>	14
<i>Den foreliggende studien</i>	17
<i>Problemstilling</i>	17
Metode	17
<i>Godkjenning av prosjektet</i>	17
<i>Prosedyrer</i>	17
Rekruttering.....	17
Inklusjonskriterier.....	18
Transkribering og oppbevaring av data.....	18
<i>Utvalg</i>	19
<i>Intervjuguide</i>	20
<i>Tematisk analyse</i>	21
Epistemologisk og teoretisk forankring.....	21
Gjennomføring av analysen.....	22
Fase 1: Bli kjent med datamaterialet.....	22
Fase 2: Innledende koding.....	22
Fase 3: Søke etter temaer.....	23
Fase 4: Gjennomgang av temaer.....	23
Fase 5: Definere essensen av temaer.....	24
Fase 6: Ferdigstilling av resultater.....	24
<i>Etiske refleksjoner</i>	25
Etiske vurderinger i henhold til tematikk.....	25
Etiske vurderinger i henhold til samtykke.....	25
Etiske vurderinger i henhold til anonymisering og konfidensialitet.....	26
Resultater	26
<i>Erfaringer med å bli kartlagt for selvmordsrisiko</i>	27
<i>Opplevelser av å bli kartlagt for selvmordsrisiko</i>	28
Emosjonelle opplevelser.....	28
Pasienters opplevelse av hvordan behandlere utfører selvmordskartlegging.....	29
<i>Tematisering av suicidalitet i møtet mellom pasient og behandler</i>	32
Rom for samtale.....	32

PASIENTERS OPPLEVELSE AV Å BLI KARTLAGT FOR SELVMORDSRISIKO

Terapeutisk allianse	34
Diskusjon	34
<i>Erfaringer med standardisert selvmordskartlegging</i>	35
<i>Pasientenes opplevelser av standardisert selvmordskartlegging</i>	37
<i>Implikasjoner for klinisk praksis</i>	39
<i>Styrker og begrensninger ved studien</i>	40
Konklusjon	42
Referanseliste	43
Vedlegg	50
<i>Vedlegg A: Godkjenning fra REK</i>	50
<i>Vedlegg B: Bekreftelse fra REK på at nødvendige endringer ble gjort</i>	54
<i>Vedlegg C: Godkjenning fra NSD</i>	57
<i>Vedlegg D: Informasjonsskriv til pasientene med samtykkeerklæring</i>	60
<i>Vedlegg E: Informasjonsskriv til behandlere</i>	64
<i>Vedlegg F: Intervjuguide</i>	67
<i>Vedlegg G: Demografiskjema</i>	69

Introduksjon

Selv mord er et betydelig samfunnsproblem som rammer mange, hvor et høyt antall etterlatte og nærstående berøres hvert år (FHI, 2021). I Norge begår anslagsvis 600-700 mennesker selvmord årlig (Strøm, Raknes & Stene-Larsen, 2021). I 2020 ble det registrert 639 utførte selvmord, hvorav 172 av disse var kvinner og 467 var menn (Strøm et al., 2021). I de yngste og eldste aldersgruppene er selvmordsratene forholdsvis lave, hvor 6% begås av personer under 20 år, og 14% av personer over 70 år (FHI, 2021). Selvmordsraten for kvinner i 2020 var høyest i aldersgruppen 30-39 år, og hos menn i aldersgruppen 50-59 år, hvor henholdsvis 34 og 83 begikk selvmord. Selvmordsratene var også høy blant menn i aldersgruppen 20-39 år, med 156 utførte selvmord (Strøm et al., 2021). De siste 20 årene har selvmordsratene i Norge vært relativt stabil (Regjeringen, 2020a). Det mangler imidlertid sikre tall for hvor mange som faktisk begår selvmord hvert år, og trolig eksisterer det store mørketall (Regjeringen, 2020a).

De siste tiårene har et viktig helsepolitisk mål vært å forebygge og redusere antallet selvmord og selvmordsforsøk i Norge (Regjeringen, 2020a; Sosial- og helsedirektoratet, 2008). I perioden 2008-2015 begikk 1910 personer selvmord, under eller innen ett år etter kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus i Norge (Walby, Myhre & Kildahl, 2018). Dette tilsvarer omtrent halvparten av alle selvmord i befolkningen i samme periode, og er betydelig høyere enn tidligere tall (Walby et al., 2018). Iverksetting av selvmordsforebyggende tiltak i spesialisthelsetjenesten, herunder psykisk helsevern, har derfor vært et særlig prioritert satsningsområde (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

På verdensbasis var Norge blant de første landene til å iverksette nasjonale tiltak for forebygging av selvmord, og i 2008 ble «*Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*» innført (Helsedirektoratet, 2014). Det har imidlertid over lengre tid pågått en debatt om den kliniske nytteverdien av de nasjonale retningslinjene (Larsen & Qin, 2018). Retningslinjene har kliniske standarder for vurdering og kartlegging av selvmordsrisiko, som hovedsakelig baserer seg på epidemiologisk risikofaktorforskning (Hjelmeland & Knizek, 2010). Forskningen har fokusert på å identifisere hvilke risikofaktorer som kan være forbundet med selvmordsrisiko (Hjelmeland & Knizek, 2010). Kliniske standarder for selvmordsvurderinger er imidlertid ikke tilstrekkelig evidensbasert (Sosial- og Helsedirektoratet, 2008). De nasjonale retningslinjene har gjennomgående et svakt dokumentasjonsgrunnlag, hvor 31 av de 34 foreslåtte tiltakene er basert på manglende kunnskapsgrunnlag. Bare ett av de 34 anbefalte tiltakene er basert på flere studier, og bygger

på sterk dokumentasjon, mens 91% mangler dokumentasjon på at de har effekt (Sosial- og Helsedirektoratet, 2008). Det fremheves eksplisitt i retningslinjene at flertallet av studiene anbefalingene er basert på, har metodiske svakheter når det gjelder design, begrensninger ved utvalget og utstrakt bruk av indirekte mål. En videre svakhet er at overnevnte studier har ekskludert pasienter med høy selvmordsfare. Følgelig er det usikkert hvorvidt studienes resultater er generaliserbare for de mest risikoutsatte pasientene, og hvorvidt reelle behandlingseffekter kan ha blitt oversett (Sosial- og Helsedirektoratet, 2008).

I en doktorgradsavhandling av Østlie (2018), ble det avdekket at behandlere kan bli for opptatt av å følge standardiserte prosedyrer for kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, og at dette kan stå i veien for god behandling av selvmordstruede pasienter. Østlie (2018) intervjuet 19 pasienter innlagt ved en akuttpsykiatrisk avdeling og deres terapeuter over et års tid, om hvordan pasientens tanker om selvmord og selvmordsfare kan påvirke terapiprosesser. For behandlerne syntes det å være viktigere å sikre at tilstrekkelige selvmordsrisikovurderinger hadde blitt foretatt, med formål om å unngå kritikk fra tilsynsmyndighetene og juridisk dekke sin egen rygg, fremfor å fokusere på god behandling og terapeutisk gode løsninger (Østlie, 2018).

En god terapeutisk allianse er en av de mest robuste prediktorene for et positivt behandlingsutfall (Safran & Muran, 2000). En slik allianse karakteriseres ved at behandleren og pasienten har en felles enighet om terapiens mål, hvordan dette skal oppnås, samt har etablert en relasjon med gjensidig tillit (Bordin, 1979). Videre forutsetter en god relasjon mellom behandler og pasient at behandleren oppleves lyttende, empatisk og tilgjengelig, samt søker å forstå hva suicidaliteten handler om for den enkelte pasient (Østlie, 2018). Standardiserte spørsmål er vist å kunne oppleves som det motsatte av pasienter i psykisk helsevern (Østlie, 2018). Videre kan behandlere som er for opptatt av å følge standarder for selvmordsrisikovurderinger, stå i fare for å ignorere selvmord som tema når pasienten opplever dette som aktuelt (Østlie, 2018). På bakgrunn av overnevnte funn kan det stilles spørsmål ved hvorvidt det er hensiktsmessig å basere seg på de standardiserte retningslinjene ved kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, i forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Det kan videre diskuteres hvorvidt standardiserte kartleggingsverktøy kan være fordelaktig eller til hinder for etableringen av en god terapeutisk allianse og god behandling av selvmordstruede pasienter. For å få økt innblikk i disse momentene, og hvorvidt Østlies (2018) funn kan være gjeldende for andre pasientpopulasjoner, har vi i denne studien fokusert på å fremheve kronisk suicidale pasienters perspektiv på standardisert kartlegging av

selvmordsrisiko, og hvilke effekter de standardiserte prosedyrene har på terapiprosesser i møte med denne pasientgruppen.

Selvmordsforebygging

Selv mord (også kalt suicid eller selvdrap) defineres som et resultat av en bevisst, selvpåført handling med et intensjonelt ønske om å dø (FHI, 2020). *Selv mordsatferd* omhandler tanker og planer, trusler om og forsøk på å gjennomføre selvmord. Atferden kan uttrykke et reelt ønske om å dø, men er ofte tilknyttet et ønske om hjelp eller endring i en uutholdelig livssituasjon (Legevakthåndboka, u.å). Selvmordsforebygging i Norge foregår på flere ulike samfunnsarenaer (Regjeringen, 2020a). I den nye handlingsplanen for forebygging av selvmord (2020-2025) innførte regjeringen *nullvisjonen* (Regjeringen, 2020a). *Nullvisjonen* for selvmord er et politisk begrep og virkemiddel, basert på et etisk prinsipp om at selvmord er uakseptabelt, og skal avverges så langt forholdene tillater det (Regjeringen, 2020a). Målet med nullvisjonen er å bidra til økt bevissthet om selvmord som et folkehelseproblem, som krever forpliktende og konkrete forebyggingstiltak. Overordnet skal nullvisjonen bidra til økt prioritering av selvmordsforebygging, samt formidle at samfunnet som helhet har et felles ansvar for å oppnå dette (Regjeringen, 2020b).

Gitt den høye prevalensen av selvmord blant pasienter som har vært i kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus i Norge (Walby et al., 2018), tyder det på at det er et stort potensiale for å arbeide selvmordsforebyggende også innenfor helse- og omsorgstjenestene i Norge (Regjeringen, 2020a). Samtidig bør det erkjennes at pasienter under pågående behandling vil kunne begå selvmord, uten at dette kan tilskrives svikt i helsetjenesten (Regjeringen, 2020a). Et viktig helsepolitisk mål er likevel å redusere antallet selvmordsforsøk og selvmord blant pasienter i psykisk helsevern, samt sikre forsvarlig behandling av selvmordstruede pasienter (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Et viktig element i dette arbeidet, er å gjøre helsepersonell i stand til å avdekke selvmordsrisiko, noe som betraktes som en av de vanskeligste oppgavene helsepersonell møter (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). *Selv mordsrisiko* defineres som risikoen for at en person begår selvmord innen en gitt tidsperiode og situasjon (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). *Vurdering* av selvmordsrisiko omfatter derfor både en vurdering av person, situasjon og tidsperiode. En slik vurdering forutsetter kunnskap om de viktigste risikofaktorene for selvmord og diagnostikk, samt gode kliniske intervjuferdigheter (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Det biomedisinske perspektivets innflytelse på suicidologien

Suicidologien er et multidisiplinært fagfelt som består av ulike forståelsesmodeller (Dieserud, 2006). Den *biomedisinske sykdomsmodellen* er inspirert av somatikken og bygger på en naturvitenskapelig tradisjon, og anses å være den som har hatt sterkest innflytelse på vestlig suicidologi (Dieserud, 2006). I lys av det biomedisinske perspektivet er man opptatt av å avdekke årsakssammenhenger, hvor en lineær årsak-virkning-tenkning ligger til grunn (Hjelmeland & Knizek, 2010). Innen det selvmordsforebyggende arbeidet har det blitt nedlagt en betydelig innsats med mål om å identifisere risikofaktorer forbundet med selvmord (Sosial- og Helsedirektoratet, 2008). Risikofaktorforskningen tar utgangspunkt i den biomedisinske sykdomsmodellen, hvor selvmordsatferd betraktes som et resultat av ulike risikofaktorer (Hjelmeland & Knizek, 2010). Forskningen i stor grad blitt utført ved epidemiologisk forskning, med fokus på trender og rater, på tvers av ulike aldersgrupper, kjønn, etnisitet og diagnostiske kategorier (Hjelmeland & Knizek, 2010). En *risikofaktor* defineres som en spesifikk betingelse assosiert med økt sannsynlighet for fremtidige negative hendelser, og kan brukes til å differensiere en populasjon i lav- og høyrisikogrupper (Franklin et al., 2017). Identifiserte risikofaktorer forbundet med selvmord kan påvirke alle mennesker. Enkelte individer har imidlertid tilstedeværelse av flere risikofaktorer samtidig, og har følgelig en større tilbøyelighet til å bli påvirket av disse (Franklin et al., 2017). Risikofaktorer kan videre forekomme i kombinasjon med hverandre, endres over tid og variere med kjønn, etnisitet og alder (Reneflot et al., 2018; NSSF, 2021). Risikofaktortenkningen er dominerende i de *Nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*, både gjennom fokus på vurdering og kartlegging av selvmordsrisiko (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Risikofaktorer forbundet med selvmord

Risikofaktorforskningen har bidratt til økt og viktig kunnskap om hva som *kan* gi økt selvmordsrisiko (Hjelmeland & Knizek, 2010). Psykiske lidelser, herunder særlig angst- og stemningslidelser, er signifikante risikofaktorer forbundet med selvmord (Too et al., 2019). Videre fremheves psykoselidelser som en signifikant risikofaktor, hvor schizofreni er forbundet med tidoblet forhøyet risiko for selvmord sammenlignet med den øvrige befolkningen (Huang, Fox, Ribeiro & Franklin, 2018). Rusmiddelbruk, særlig i kombinasjon med psykiske lidelser, er vist å være forbundet med forhøyet selvmordsrisiko (Rossow, 2013). Tidligere selvmordsforsøk fremheves videre som en av de mest robuste prediktorene for selvmord, hvor selvmordsrisikoen er estimert å være 40-50 ganger høyere enn i den generelle befolkningen (Bostwick, Pabbati, Geske & McKean, 2016). Belastende

livshendelser, herunder tap av og brudd i nære relasjoner, utgjør også risikofaktorer for selvmord (Judd, Jackson, Komiti, Bell & Fraser, 2012). Epidemiologiske studier viser også signifikant forhøyet selvmordsrisiko blant familiemedlemmer av personer som har begått, eller tidligere har forsøkt, å begå selvmord (Qin, Agerbo & Mortensen, 2003). Tap av ære og selvaktelse er vist å gjøre individer mer tilbøyelige til å begå selvmord, og er følgelig en sentral risikofaktor (Roberts, Miller & Azrael, 2019). Mangel på sosialt nettverk og sosial støtte (Miller, Smythers & Leichtweis, 2015), ensomhet (McClelland et al., 2020), og sosial ekskludering (Olié et al., 2017; Hames et al., 2018) er også sentrale risikofaktorer forbundet med forhøyet selvmordsrisiko.

Historisk utarbeidelse av nasjonale retningslinjer

Som følge av en markant økning i selvmordstallene i 1993, ble det utarbeidet, et “Nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge”, rettet mot helsetjenestene (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Programmet la grunnlaget for den første handlingsplanen mot selvmord, som ble offentliggjort i 1994 (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Formålet med planen var at helsetjenestene skulle bidra til å sette selvmordsforebygging på dagsordenen, samt forsøke redusere selvmordshyppigheten i Norge (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Tidligere Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenestene evaluerte i 2006-2007 effekten av de selvmordsforebyggende tiltakene (Helsedirektoratet, 2014). I samme periode fremkom det i Statens helsetilsyn sin tilsynsmelding, manglende kompetanse blant helsepersonell i henhold til å utføre selvmordsrisikovurderinger, samt at det var mangelfulle rutiner når det gjaldt opplæring i selvmordsrisikovurderinger i virksomhetene (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Kunnskapsoppsummeringen dannet grunnlaget for utarbeidelsen og innføringen av «*Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*» i 2008 (Helsedirektoratet, 2014).

Innføringen av standardisert kartlegging av selvmordsrisiko i henhold til retningslinjene, ble ansett som et nyttig verktøy for å skape god og forsvarlig praksis (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). *Kartlegging* av selvmordsrisiko innebærer å spørre alle pasienter i psykisk helsevern om de har eller har hatt selvmordstanker og/eller planer, samt hvorvidt de har hatt tidligere selvmordsforsøk (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Den overordnede målsetningen med retningslinjene var å bidra til å redusere forekomsten av selvmord og selvmordsforsøk blant pasienter i psykisk helsevern, samt sikre et mer standardisert og kvalitetssikret behandlingstilbud for pasienter med selvmordsproblematikk (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). I tillegg ønsket man at retningslinjene skulle bidra til å øke

kompetansen blant helsepersonell som er i kontakt med selvmordstruede, herunder gjøre de mer effektive og trygge i håndteringen av selvmordsrisiko (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). På bakgrunn av klinisk erfaring som tilsier at mennesker med selvmordstanker- og/eller planer ikke alltid deler dette spontant, anbefaler retningslinjene at selvmordskartleggingen inngår som en rutinemessig standard i utredningen av enhver pasient (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

I henhold til forsvarlighetskravet (jf. Helsepersonelloven, 1999, §4), er helsepersonell lovpålagt å utøve arbeidet sitt i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsytelse som kan forventes ut fra situasjonen, arbeidets karakter og helsepersonellens kvalifikasjoner (jf. Helsepersonelloven, 1999, §4). Det er videre et krav at helsepersonell som foretar selvmordsrisikovurderinger har tilstrekkelig kompetanse på gjennomføringen av dette, samt evner å iverksette adekvate tiltak for håndtering av selvmordsrisiko ved behov (jf. Helsepersonelloven, 1999, §4 og Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-2). Helsepersonell har plikt til å henvise pasienten videre eller innhente bistand der dette er nødvendig (jf. Helsepersonelloven, 1999, §4). Helsetjenestene som tilbys innen psykisk helsevern er videre forpliktet å være forsvarlige, og virksomhetene skal være organisert slik at helsepersonellet er i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (jf. Helsepersonelloven, 1999, §4 og Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2–2).

De nasjonale retningslinjene anbefaler at det foretas en kartlegging av risikofaktorer forbundet med selvmord, herunder psykisk lidelse, rusmiddelbruk, tidligere selvmordsforsøk, familiære selvmord, brudd i nære relasjoner, manglende nettverk og tap av selvaktelse (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Videre skal det foretas en kartlegging av selvmordstanker og planer, samt en helhetlig vurdering som omfatter situasjon, person og tidsperiode. Dersom vurderingen konkluderer med at det foreligger selvmordsrisiko, tilsier retningslinjene at det skal foretas en ny vurdering minst én gang daglig inntil risikoen for selvmord avtar, samt at forsvarlig behandling iverksettes (jf. Helsepersonelloven, §4; Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Utfordringer knyttet til å predikere selvmord

Kunnskap om sentrale risikofaktorer forbundet med selvmord kan være en støtte for behandlere i avgjørende og krevende kliniske avveininger i møte med selvmordstruede pasienter (Larsen & Qin, 2018). Til tross for dette foreligger det imidlertid fortsatt manglende kunnskapsgrunnlag om hvordan de identifiserte risikofaktorene er forbundet med selvmordsatferd (Hjelmeland & Knizek, 2010). For å kunne predikere et fremtidig utfall

kreves metoder med god sensitivitet og spesifisitet (Gjelsvik, 2014). I denne sammenhengen refererer sensitivitet til å nøyaktig kunne identifisere hvem som er tilbøyelig til å begå selvmord. Sensitivitet innebærer å kunne forutse hvem som ikke kommer til å begå selvmord, til tross for at de uttrykker selvmordstanker og/eller planer (Gjelsvik, 2014). Kjente risikofaktorer for selvmord er imidlertid vist å ha lav spesifisitet og sensitivitet, hvor de fleste som lider av en eller flere risikofaktorer ikke tar sitt eget liv (Franklin et al., 2017).

Risikofaktorforskningen tar som nevnt utgangspunkt i den biomedisinske sykdomsmodellen, noe som gjenspeiles ved at forskningen domineres av kvantitative studier utført på gruppenivå (Hjelmeland & Knizek, 2010). I lys av dette perspektivet forklares selvmordsatferd i et årsak-virkningsforhold, som et resultat av ulike risikofaktorer (Hjelmeland & Knizek, 2010). Som nevnt fremheves psykiske lidelser som en signifikant risikofaktor for selvmord (Too et al., 2019). Risikofaktorforskningen har imidlertid begrenset klinisk nytteverdi i henhold til å predikere selvmordsatferd hos enkeltindivider, og sier lite om *hvorfor* og *hvordan* psykiske lidelser, deriblant stemningslidelser, gir økt risiko for selvmordsatferd hos enkeltindivider (O'Connor, Platt & Gordon, 2011). Den anbefalte risikofaktortilnærmingen er derfor hevdet å være for reduksjonistisk og overforenklet. Deriblant argumenteres det for at tilnærmingen i for stor grad hviler på et ensidig biomedisinsk kunnskapssyn, der selvmord er direkte forbundet med psykiske lidelser, isolert fra personens sosiokulturelle og individuelle kontekst (Hjelmeland & Knizek, 2010).

Suicidalitet er et mangefasettert, komplekst og kontekstuelt fenomen som omfatter individuelle og relasjonelle forhold (White, 2016). Et for omfattende risikofaktorfokus med tilhørende lineær forklaringstankegang er hevdet å kunne bidra til et mekanistisk menneskesyn, hvor individuelle og kontekstuelle faktorer ikke tas i betraktning (Hjelmeland, 2013). Et for snevert fokus på å avdekke risikofaktorer på gruppenivå, deriblant psykiske lidelser, *kan* være en medvirkende årsak til at selvmordstallene ikke går ned, da det begrenser muligheten til å undersøke hva suicidaliteten handler om for den enkelte (Hjelmeland & Knizek, 2010).

På tide å tenke nytt om selvmordsforebygging?

Kritikken av et ensidig biomedisinsk kunnskapssyn innenfor selvmordsforebygging, har ført til en splittelse i fagmiljøet, hvor enkelte har stilt spørsmål ved om det er på tide å tenke nytt om hvordan selvmord kan forebygges (Hjelmeland et al., 2014). Det argumenteres for at det er på tide å bevege seg bort fra et biomedisinsk perspektiv til en mer humanistisk måte å snakke om selvmord på, hvor man fokuserer på hva suicidaliteten handler om for den enkelte

individ, i lys av dets kontekst (Herheim, 2020). Den biomedisinske sykdomsmodellen hevdes å komme til kort i det selvmordsforebyggende arbeidet, og det argumenteres for at det bør fokuseres mer på å utforske kompleksiteten, herunder de subjektive, relasjonelle og kontekstuelle betingelsene, som kan være forbundet med selvmord (Hjelmeland & Knizek, 2013).

Flere kvalitative forskningsstudier har vært bidragsgivende til å gi økt innblikk i hvilke kontekstuelle og relasjonelle betingelser som *kan* være forbundet med selvmord (Rasmussen, Haavind, Dieserud & Dyregrov, 2014; Kiamanesh, Dyregrov, Haavind & Dieserud, 2014; Rasmussen, Dyregrov, Haavind, Leenaars & Dieserud, 2015; Rasmussen, Haavind & Dieserud, 2018; Knizek & Hjelmeland, 2018). Selvmord blant unge menn har deriblant vist seg være relatert til tap av eller lav selvfølelse, økt sårbarhet i møte med nederlag, prestasjonsbasert personlighet og rigiditet (perfeksjonisme), uhåndterbare følelser av skam og sinne, frykt for å mislykkes, maskulinitet, avvising og konflikt i nære relasjoner (Kiamanesh et al., 2014; Rasmussen et al., 2014; Rasmussen et al., 2015; Rasmussen et al., 2018). I en studie av Knizek & Hjelmeland (2018) hvor semistrukturerte kvalitative intervjuer ble utført med 15 norske menn i alderen 20-76 år som hadde begått selvmordsforsøk, ble relasjonelle problemer hos flertallet av informantene fremhevet som den utløsende årsaken til selvmordsforsøkene. Det mest slående funnet var imidlertid at hver enkelt informants beretning om selve selvmordsforsøket var unik (Knizek & Hjelmeland, 2018). Tap av selvfølelse er også relatert til selvmord blant eldre (Kjølseth, 2010). I de overnevnte psykologiske autopsistudiene (Kiamanesh et al., 2014; Rasmussen et al., 2014; Kjølseth, 2010), ble psykiske lidelser i liten grad fremhevet som avgjørende for den avdødes selvmord. Overordnet utfordrer de overnevnte funnene dermed dagens etablerte forebyggingsmodell, basert på oppfatningen om at selvmord primært skyldes psykiske lidelser, heller enn individuelle, relasjonelle og kontekstuelle forhold. Knizek & Hjelmeland (2018) stiller derfor spørsmål ved hvorvidt dagens standardiserte kartleggingsprosedyrer evner å fange opp det brede spekteret av betingelser som kan være relatert til suicidalitet, ved å utelukkende rette fokus mot å identifisere de kjente risikofaktorene forbundet med selvmord.

Debatt om retningslinjenes nytte i klinisk praksis

Det overordnede idealet med de standardiserte retningslinjene var at samtlige pasienter i psykisk helsevern skulle bli kartlagt og vurdert for selvmordsrisiko på samme måte på tvers av ulike behandlere (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Videre var formålet å bidra til å sikre

et standardisert og kvalitetssikret behandlingstilbud, øke kompetansen blant helsepersonell, samt redusere forekomst av selvmord og selvmordsforsøk innen psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Enkelte argumenterer for at en slik rutinemessig kartlegging av selvmordsrisiko har vært et viktig kvalitetsløft i det selvmordsforebyggende arbeidet i psykisk helsevern, ved å gi en kunnskapsbasert metode for selvmordsrisikovurdering og prosedyrer for hvordan og når det bør gjøres (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Flere behandlere i psykisk helsevern har rapportert om en positiv nytteverdi av standardisert kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko. Behandlerne opplever at retningslinjene har nytteverdi med tanke på å avklare og strukturere en kompleks og sammensatt risikovurdering, på en måte som gjør den mer fokusert og målrettet (Larsen & Qin, 2018). I tillegg rapporterer klinikere at en strukturert risikovurdering bidrar til å skape en trygghet på at relevante risikofaktorer blir inkludert i deres vurderinger (Larsen & Qin, 2018).

Flere har i senere tid imidlertid pekt på utfordringer ved dagens risikofaktorbaserte tilnærming knyttet til forebygging av selvmord i psykisk helsevern (Hjelmeland et al., 2014). Deriblant stilles det spørsmål ved hvorvidt de overordnede målsetningene med retningslinjene, kan oppnås i klinisk praksis (Hagen, Hjelmeland & Knizek, 2014). Sentralt i debatten står spørsmålet om hvorvidt det er hensiktsmessig å anvende standardiserte verktøy for kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, for å forebygge selvmord i psykisk helsevern (Stangeland, 2019). Gjelsvik (2014) argumenterer for at risikofaktortilnærmingen kan ha bidratt til å skape en forventning blant klinikere om at de ved å identifisere risikofaktorer forbundet med selvmord, kan forutsi hvilke individer som er tilbøyelig til å utføre selvmord. Gitt at de kliniske standardene for selvmordsvurderinger ikke er tilstrekkelig evidensbasert, kan man ved å basere seg på risikofaktortilnærmingen risikere å fange opp feil individer, ved å stille spørsmål som har liten klinisk relevans (Gjelsvik, 2014; Hagen et al., 2014). Dette er videre hevdet å kunne bidra til å skape en overdreven tro blant behandlere på nytteverdien av risikovurderinger, og medføre at sentrale aspekter ved et komplekst fenomen som suicidalitet neglisjeres (Hagen et al., 2014).

Det har imidlertid vært kjent i mange år at prediksjon av selvmord hos enkeltindivid er krevende (Belsher et al., 2019), noe som også fremheves eksplisitt i nasjonale retningslinjer (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Studier har vist at det ikke er mulig å forutsi selvmord, selv blant mennesker med høy selvmordsrisiko (Large et al., 2016; Nielssen, Wallance & Large, 2017). Enkelte har derfor hevdet at man bør være tilbakeholden med å basere seg for mye på slike vurderinger alene (Hagen et al., 2014). Videre

argumenteres det for at det å ikke fokusere på selvmordsrisiko også kan være uheldig, da risikovurderinger kan gi viktig informasjon som kan utnyttes i behandlingen, ved at man direkte behandler pasienters selvmordsrisiko (Walby, Myhre, Tørmoen, Kildahl & Mehlum, 2020). Retningslinjene tilråder en praksis som kan være bidragsgivende i forebygging av selvmord, i form av kunnskapsbaserte risikoprofiler og anbefalte tiltak (Stangeland, 2019). Videre hevder imidlertid Stangeland (2019) at det kan virke som behandlere har tolket retningslinjene som et pålegg om å forhindre enkelttilfeller av selvmord. En slik tolkning kan bidra til å skape en forventning i fagfeltet om at selvmord kan forebygges dersom helsepersonell har god nok kompetanse i rutinemessig kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko (Hagen et al., 2014). Videre peker Hagen et al. (2014) på at dette kan ha vært bidragsgivende til å gi pasienter og pårørende en oppfatning om at selvmord er et resultat av helsepersonellens utilstrekkelige risikovurderinger, noe som ut fra risikofaktorenes lave prediktive verdi kan synes å være urimelig.

Et sterkt fokus på rutinemessig kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko er videre hevdet å kunne være bidragsgivende til å skape uro og engstelse blant klinikere, samt bidragsgivende til å etablere en kultur hvor man har blitt opptatt av å stille behandlerne til ansvar når pasienter begår selvmord (Hagen et al., 2014). På bakgrunn av dette argumenterer enkelte for at retningslinjene har dreid oppmerksomheten til helsepersonell bort fra en lyttende holdning, til et større fokus på å dekke sin egen rygg og unngå kritikk fra tilsynsmyndighetene (Halvorsen & Skjerdingsstad, 2019). Helsepersonellens selvmordsrisikovurderinger hevdes ifølge Halvorsen & Skjerdingsstad (2019) å bli vurdert ut fra en standard, til tross for at det ikke foreligger tilstrekkelig evidens for at slike vurderinger kan predikere selvmord på individnivå (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Suicidalitet kan dreie seg om en rekke betingelser for ulike individer, deriblant store livsbelastninger, psykososiale- og relasjonelle forhold (Herheim, 2020). Det å forstå psykologien og kompleksiteten bak fenomenet selvmord hevdes derfor av enkelte å ikke være en sjekklisteoppgave som utelukkende fokuserer på helsevesenets evne til å identifisere kjente risikofaktorer forbundet med selvmord (Herheim, 2020). Det kan derfor stilles spørsmål ved hvorvidt de standardiserte retningslinjene legger til rette for samtaler for hva som ligger bak suicidaliteten hos den enkelte. Videre argumenterer Herheim (2020) for at det vil være mer fruktbart å utvide perspektivet, ved å heller fokusere på å forstå hva som ligger bak selvmordet enn å ha et ensidig fokus på å kun utføre risikovurderinger.

Den foreliggende studien

Formålet med denne studien var å undersøke hvordan kronisk suicidale pasienter som er under pågående behandling i psykisk helsevern, opplever å bli kartlagt for selvmordsrisiko, i henhold til nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging i psykisk helsevern. Videre var formålet å undersøke og løfte frem pasientenes perspektiv på hvorvidt standardisert kartlegging av selvmordsrisiko kan være fordelaktig eller til hinder for etableringen av en god terapeutisk allianse og god behandling. Studien vil kunne ha nytteverdi i form av å gi innblikk i hvilke erfaringer og opplevelser denne subgruppen pasienter har av å bli kartlagt for selvmordsrisiko. Kunnskapen fra den foreliggende studien vil videre kunne gi kunnskap som kan veilede klinikere i hvordan de bør gjennomføre en selvmordskartlegging i klinisk praksis, samt hvilke hensyn som bør tas når suicidalitet tematiseres i møtet mellom pasient og behandler. Studien ønsket å belyse følgende problemstilling:

“Hvordan opplever kronisk suicidale pasienter som er under pågående behandling i psykisk helsevern å bli kartlagt for selvmordsrisiko, i henhold til nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging i psykisk helsevern, og hvorvidt opplever denne pasientgruppen standardisert kartlegging av selvmordsrisiko som fordelaktig eller til hinder for god behandling?”

Metode

Godkjenning av prosjektet. Institutt for psykologi ved NTNU godkjente prosjektet i oktober 2020, med forbehold om forhåndsgodkjenning av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Prosjektet ble vurdert og godkjent av REK-midt (206700, Vedlegg A) og Norsk senter for forskningsdata (NSD) januar 2021 (979870, Vedlegg C).

Prosedyrer

Rekruttering. I den innledende fasen av prosjektet kontaktet vi avdelingslederne ved poliklinikkene Orkdal DPS, Stjørdal DPS, Nidaros DPS og Tiller DPS, og informerte om studiens formål og hensikt. Deretter gjennomførte vi digitale informasjonsmøter for behandlerne ved samtlige av poliklinikkene. På grunn av utfordringer tilknyttet COVID-19 og rekruttering av informanter, ble det i mai 2021 sendt en endringsmelding til REK, med forespørsel om å inkludere St. Olavs Hospital avdeling Østmarka akuttpost i studien (Se vedlegg B). Søknaden om endring ble innvilget. Polikliniske behandlere ved overnevnte avdelinger, mottok deretter et informasjonsskriv om studien (Se vedlegg D), og ble benyttet som et ledd i rekrutteringen av aktuelle informanter. Spesialister, herunder psykiatere og

psykologspesialister ved avdelingene, rekrutterte videre informanter de vurderte at oppfylte inklusjonskriteriene. Etter forespørsel fra spesialistene ble det utarbeidet et eget informasjonsskriv til behandlerne, hvor inklusjonskriteriene, samt rutiner for praktisk gjennomføring ble spesifisert (Se vedlegg E). Behandlerne videreformidlet informasjonsskrivet vedrørende konfidensialitet, taushetsplikt, informert samtykke og behandling av data, samt tid og sted for gjennomføring av intervju, til aktuelle informanter. Behandlerne innhentet skriftlig samtykke fra pasienten, og kontaktet psykologstudentene per telefon for å informere om aktuell informant, samt hvilken avdeling informanten tilhørte. Psykologstudentene kontaktet deretter avdelingen for å avtale tidspunkt for gjennomføring. Samtlige intervjuer, med unntak av ett telefonintervju, ble gjennomført fysisk ved avdelingene i tråd med smittevernreglene på det aktuelle tidspunktet.

Inklusjonskriterier. Et inklusjonskriterie i studien var at informantene måtte være over 18 år. Begge kjønn ble inkludert, pasienten måtte være samtykkekompetent og snakke norsk eller engelsk. Videre var et inklusjonskriterie at pasienten måtte ha eller tidligere ha vært langvarig plaget med suicidale tanker og/eller planer som har vedvart over måneder eller år, og som av sine behandlere har blitt vurdert til å ha en forhøyet selvmordsrisiko. Pasienter med selvdestruktivt handlingsmønster, deriblant selvskading eller selvmordsforsøk, ble inkludert. Pasienter med rusavhengighet og/eller skadelig misbruk ble inkludert, men kunne ikke være affisert i den grad at de ikke kunne følge protokollen. Pasienter som var førstegangsinnlagt eller aldri hadde vært i behandling i psykisk helsevern tidligere, ble ekskludert fra studien. Tilsvarende gjaldt for pasienter med affisert organisk cerebrale lidelser og pasienter med psykisk utviklingshemming, av en slik grad at de ikke kan følge protokollen.

Transkribering og oppbevaring av data. Intervjuene vedvarte mellom 30-45 minutter. I etterkant av intervjuene ble lydfilene umiddelbart overført til en kryptert minnepenn. Når transkriberingen av datamaterialet var gjennomført, ble dette lagret som en kryptert fil på et adgangsstyrt område på NTNUs server. Det ble benyttet pseudonym i transkripsjonene, eksempelvis ble navn på informant, behandlingssted og behandler transkribert som [navn, sted og behandler]. Emosjonelle reaksjoner som eksempelvis gråt og latter ble fjernet fra utsagnene. «(...)» er benyttet hvor segmenter av teksten er fjernet fordi dette ble vurdert som overflødig for å illustrere informantenes mening. Det innhentede datamaterialet ble merket med et nummer uten identifiserbar informasjon. En koblingsnøkkel ble videre benyttet for å knytte deltakernavn opp mot datamaterialet, og ble oppbevart separat

fra det øvrige datamaterialet. Alt av innhentet datamateriale ble oppbevart nedlåst i et adgangsstyrt rom. Datamaterialet vil bli makulert senest fem år etter studiens avslutning.

Utvalg

I tråd med Braun & Clarkes (2006) anbefalinger knyttet til tematisk analyse, bestod utvalget i studien av syv informanter. Informantene var under pågående behandling i psykisk helsevern, herunder ved tre distriktpspsykiatriske senter og en akuttpsykiatrisk avdeling tilknyttet St. Olavs hospital. Informantene ble rekruttert fra allmennpoliklinisk, døgn- og akuttpsykiatrisk avdeling. Som vist i *Tabell 1* var samtlige informanter over 18 år. Begge kjønn var inkludert i studien, hvorav seks var kvinner og én mann. Flertallet av informantene ($n=4$) hadde blitt kartlagt for selvmordsrisiko av mer enn fem forskjellige behandlere, samt vært i behandling i psykisk helsevern over en tidsperiode på mer enn ett år. En informant hadde blitt kartlagt av kun én behandler. Informantene ble vurdert av sine behandlere å være eller ha vært kronisk suicidal. *Kronisk suicidalitet* blir i de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern beskrevet som følgende: “Hos noen få pasienter kan selvmordstanker og planer være mer eller mindre konstante. Disse kan i tillegg ha et repeterende selvdestruktivt handlingsmønster, gjerne med selvskading og/eller selvmordsforsøk” (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s.25). Med kronisk suicidalitet refereres det i denne studien til en subgruppe pasienter, som nå eller tidligere har vært langvarig plaget med stadig tilbakevendende suicidale tanker og/eller planer, over flere måneder eller år. Kronisk suicidalitet skiller seg fra *akutt suicidalitet* hvor selvmordstanker har en mer episodisk og kortvarig karakter (Paris, 2007).

Tabell 1

Demografiske variabler vedrørende informantenes alder, kjønn og behandlingserfaring

Pseudonym	Alder	Kjønn	Antall behandlingsforløp i psykisk helsevern	Antall behandlere som har gjennomført selvmordskartlegging av pasienten	Tidsperiode i nåværende behandlingsløp
Astrid	18-25 år	Kvinne	3 eller flere ganger	> 5	> 1 år
Marte	36-40 år	Kvinne	3 eller flere ganger	>5	> 1 år
Olav	26-35 år	Mann	2-3 ganger	>1	> 4-6 måneder
Silje	18-25 år	Kvinne	3 eller flere ganger	>5	> 1 år
Vilde	26-35 år	Kvinne	3 eller flere ganger	>5	> 1 år

Mona	36-40 år	Kvinne	3 eller flere ganger	2-3	>4-6 måneder
Berit	46-55 år	Kvinne	3 eller flere ganger	4-5	>7-12 måneder

Notat. Antall behandlingsforløp: Et behandlingsforløp refererer til en periode på minst én måned etter avsluttet behandling.

Intervjuguide

I forkant av datainnsamlingen ble det utformet en semistrukturert intervjuguide (se vedlegg F). En semistrukturert intervjuguide, ble vurdert som mest velegnet, da studiens formål var å oppnå mest mulig detaljerte og rike beskrivelser av informantenes erfaringer og opplevelser knyttet til tematikken (Tjora, 2017c). Semistrukturerte intervjuer legger til rette for at informantene fritt får formidle sine erfaringer og opplevelser, uten at intervjueren legger føringer for deres responser (Tjora, 2017a). På bakgrunn av dette ble det utformet to overordnede spørsmålskategorier. Hensikten med første kategori var å utforske informantenes erfaringer og opplevelser tilknyttet selvmordskartlegging. Andre kategori hadde som hensikt å utforske informantenes opplevelser av hvordan selvmordsproblematikk blir tematisert i møte mellom pasient og behandler. Intervjuguiden bestod av totalt seks overordnede spørsmål, med ni tilhørende underspørsmål. I utformingen av intervjuguiden ble det vurdert som sentralt å være bevisst på i hvilken rekkefølge spørsmålene skulle stilles. Selvmordsproblematikk kan være et sensitivt samtaleemne, og det ble derfor vurdert som hensiktsmessig å innlede intervjuet med mer generelle og mindre sensitive spørsmål, for å forhindre at informantene opplevde for stort ubehag ved å samtale om dette. Dette ble videre vurdert å kunne være bidragsgivende til at informantene følte seg mer komfortabel i intervjusituasjonen, samt forhindre at kvaliteten på dataene ble påvirket i negativ forstand.

Det ble derfor tatt utgangspunkt i Tjora (2017a) sine anbefalinger om å strukturere og gjennomføre intervjuet i følgende tre faser; oppvarming, refleksjon og avrundning. I første fase av intervjuet ble det stilt oppvarmingsspørsmål som ble antatt at informantene kunne svare relativt uanstrengt på. Videre ble det stilt refleksjonsspørsmål som gikk mer i dybden på ulike aspekter relevant for forskningstemaet. I begge de overnevnte fasene ble det lagt til rette for at man kunne stille oppfølgingsspørsmål ved behov. Intervjuene ble avsluttet med avrundingspørsmål og debriefing, hvor informantene fikk mulighet til å trekke frem aspekter som ikke hadde blitt tematisert tidligere i intervjuet.

Tematisk analyse

Det eksisterer flere analytiske tilnærminger innenfor kvalitativ forskning (Smith, 2015). De ulike tilnærmingene overlapper noe, men har forskjellige metodologiske og teoretiske vektlegginger (Smith, 2015). Gjennom å utforske, beskrive og tolke personlige og sosiale opplevelser til et relativt lite antall informanter, gjør kvalitativ analyse det mulig å oppnå økt innsikt i tematikken det forskes på (Smith, 2015). I denne studien ble tematisk analyse valgt som analytisk metode. Tematisk analyse betraktes som en velegnet metode for å identifisere, analysere og rapportere temaer i datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Metoden er mye brukt, men det eksisterer imidlertid ulike oppfatninger om *hvordan* analysen bør gjennomføres i praksis (Braun & Clarke, 2006). Ifølge Braun & Clarke (2006) bør tematisk analyse betraktes som en grunnleggende metode innenfor kvalitativ forskning. Dette begrunnes ved at tematisk analyse kan gi uerfarne forskere grunnleggende ferdigheter for å gjennomføre god kvalitativ forskning. På bakgrunn av dette ble tematisk analyse vurdert som mest egnet for å kunne gjennomføre analysen i den foreliggende studien på en faglig forsvarlig måte.

Det argumenteres for at én av styrkene ved tematisk analyse er dens fleksibilitet. Dette begrunnes med at metoden i motsetning til andre kvalitative analysemetoder, ikke er tilknyttet et bestemt teoretisk eller epistemologisk ståsted (Braun & Clarke, 2006). Følgelig kan tematisk analyse både benyttes innenfor konstruksjonistiske og essensialistiske paradigmer innen psykologien (Braun & Clarke, 2006). Tematisk analyse organiserer og gir mulighet til å innhente detaljerte og rike beskrivelser av datamaterialet. En utfordring med dens fleksibilitet kan imidlertid være at man får en oppfatning av at det ikke eksisterer noen klare retningslinjer for gjennomføring av analysen (Braun & Clarke, 2006). Som en konsekvens kom overnevnte forfattere med en avgrensning av metoden, herunder anbefalinger og klare retningslinjer for hvordan en tematisk analyse bør gjennomføres.

Epistemologisk og teoretisk forankring. Selv om denne tematiske analysen ikke kan tilknyttes et bestemt teoretisk eller epistemologisk ståsted, tilstrebes det i den foreliggende studien en induktiv tilnærming (Clarke, Braun & Hayfield, 2015). Ved en induktiv tilnærming identifiseres tema som i hovedsak bygger på datamaterialet, fremfor eksisterende teori på feltet (Clarke et al., 2015). Dette skiller seg fra en deduktiv forskningsprosess, hvor man arbeider med datamaterialet ut fra et bestemt teoretisk ståsted (Tjora, 2017b). Datamaterialet i den aktuelle studien ble kodet uten eksisterende kodingsrammer. Kodingsprosessen lå hovedsakelig på et semantisk og latent nivå. Semantisk koding innebærer at forskeren analyserer kun det som eksplisitt kommuniseres av informantene

(Clarke et al., 2015). I praksis innebærer dette at forskeren forsøker å holde kodene tett opp mot informantens mening. Forskeren bør imidlertid være bevisst at meningene alltid kan påvirkes av forskerens teoretiske ståsted (Clarke & Braun, 2006). Latent koding fokuserer på å avdekke informantenes underliggende meninger (Clarke et al., 2015). Koding på latent nivå ble i hovedsak vektlagt, da den aktuelle studien ønsket å undersøke den underliggende meningen av pasientenes opplevelse i henhold til den aktuelle tematikken (Clarke et al., 2015).

Gjennomføring av analysen. I den foreliggende studien ble det gjennomført en tematisk analyse i tråd med Braun & Clarke (2006) sine retningslinjer. Retningslinjene er fleksible og ble følgelig tilpasset datamaterialet og det aktuelle forskningsspørsmålet (Clarke & Braun, 2006). Retningslinjene består av seks ledd som utgjør analyseprosessen. Analyseprosessen er en dynamisk fremfor lineær prosess, hvor man kontinuerlig beveger seg frem og tilbake mellom stegene i analysen etter behov (Clarke & Braun, 2006).

Fase 1: Bli kjent med datamaterialet. Første fase av analysen, ifølge Braun & Clarke (2006) sine retningslinjer, innebærer å bli godt kjent med alle aspekter ved datamaterialet. Det er anbefalt at denne prosessen starter allerede ved datainnsamlingen og videre ved transkribering og gjennomlesing av transkripsjonene (Braun & Clarke, 2006). Ved å gjennomføre intervjuene selv, bidro dette til at vi fikk tidlig kjennskap til datamaterialet, og dette ble et viktig første ledd i analysen. Transkriberingen ble videre viktig for å få en gjennomgående forståelse av materialet, i samsvar med Braun & Clarkes (2006) retningslinjer. I etterkant av transkriberingen fortsatte prosessen med å bli kjent med materialet, ved gjentatt gjennomlesing av dette. I gjennomlesningen var ikke formålet å danne koder, men aktivt å se etter mønstre i datamaterialet. I denne delen av prosessen vurderte vi det som viktig å ikke hoppe over deler vi tenkte var irrelevant for analysen, men å inkludere hele datamaterialet, i samsvar med Braun & Clarkes (2006) anbefalinger. Dette begrunnes med at en grundig gjennomlesning er elementært for de påfølgende stegene av analysen (Braun & Clarke, 2006). For å oppnå en forståelse for hva hver enkelt informant ville formidle, formulerte vi videre en oppsummering av hvert enkelt transkript. Formålet med en slik oppsummering var å få tak i tekstens mening, og hvilke antakelser, perspektiver og forståelser som lå bak informantens uttalelser (Braun & Clarke, 2006).

Fase 2: Innledende koding. Neste fase av analyseprosessen innebar en bearbeiding av materiale, ved å identifisere og generere innledende koder (Braun & Clarke, 2006). Koder betegnes som korte beskrivelser av tekstutdrag, og representerer de mest grunnleggende elementene i datamaterialet, som for forskeren fremstår relevante for forskningsspørsmålet

(Clarke et al., 2015). Kodene fanger den kvalitative meningen til fenomenet og danner grunnlaget for videre temautvikling (Braun & Clarke, 2006). Denne fasen ble gjennomført ved gjentatt gjennomlesing av samtlige transkripter, samtidig som mulige innledende koder som kunne beskrive disse ble nedskrevet. *Tabell 2* illustrerer den innledende kodingsprosessen.

Tabell 2. *Eksempler på danning av innledende koder*

Tekstutdrag	Innledende koder
«det er jo ubehagelig å bli stilt disse spørsmålene (..) samtidig føler jeg ofte at de ikke bryr seg om hva jeg svarer (..) hvis jeg sier at jeg ønsker å ta livet mitt og at dette er noe jeg har plan om å gjøre, så opplever jeg ofte at de ikke tror på meg.» (Astrid)	Følelse av ubehag Meningsløshet Ikke bli tatt på alvor

Fase 3: Søke etter temaer. Etter den innledende kodingsprosessen startet neste fase, som innebar å sortere og organisere de identifiserte kodene til midlertidige undertemaer (Clarke, Braun & Hayfield, 2015). I denne prosessen benyttet vi tematiske kart for å strukturere og utforske mulige sammenhenger mellom de innledende kodene. Tematiske kart ble videre benyttet for å sortere de midlertidige undertemaene inn i overordnede tema (se *Tabell 3*)

Tabell 3. *Eksempel på sortering av koder som utgjorde søken etter tema*

Kode	Midlertidig undertema	Midlertidig tema
Følelse av ubehag Meningsløshet Ikke bli tatt på alvor	Emosjonelle opplevelser	Pasienters opplevelse av hvordan behandlere utfører selvmordskartlegging

Fase 4: Gjennomgang av temaer. Fjerde fase innebar en videre gjennomgang av de forskjellige undertemaer, temaer og hovedtemaer fra tredje fase (Braun & Clarke, 2006). I denne fasen ble det lagt vekt på å vurdere intern homogenitet og ekstern heterogenitet (Braun & Clarke, 2006). Dette innebar å undersøke hvorvidt data innad i hvert tema samsvarte med hverandre på en meningsfull måte, og videre hvorvidt de fanget opp meningen i

datamaterialet. Gjennomgangen omfattet en vurdering av hvorvidt det var tydelige og identifiserbare forskjeller mellom temaene (Braun & Clarke, 2006). Arbeidet i denne fasen medførte at det ble foretatt endringer i form av sammenslåing av temaer, avgrensning av temaene og at enkelte temaer ble utelatt. Underveis i analyseprosessen ble eksempelvis temaet «følelsesmessige reaksjoner ved selvmordskartlegging» utelatt, da det ble vurdert at temaet «opplevelser av å bli kartlagt for selvmordsrisiko», bedre fanget den overordnede essensen. Analysen og skriveprosessen er som tidligere nevnt ikke to separate prosesser. Følgelig ble presentasjonen av funnene også påbegynt i denne fasen, samt at passende utsagn ble valgt ut for å utdype og illustrere resultatene. I lys av Braun & Clarke (2006) sine anbefalinger, ble deretter samtlige transkripter gjennomlest på nytt, for å undersøke hvorvidt temaene passet til datamaterialet ved ny gjennomlesning. *Tabell 4* illustrerer de tre temanivåene.

Tabell 4. *Eksempel på de tre temanivåene: hovedtema, tema og undertema*

Hovedtema	Tema	Undertema
Opplevelser av å bli kartlagt for selvmordsrisiko	Emosjonelle opplevelser	Følelse av ubehag og engstelse Meningsløshet og frustrasjon

Fase 5: Definere essensen av temaer. Femte fase innebar å definere essensen av hvert enkelt tema, dets fokus og hva det fanget av innhold. I praksis innebar dette at vi konkretiserte hva som var interessant ved hvert tema og hvorfor. En del av denne fasen innebar også at vi identifiserte hvorvidt temaene inneholdt undertemaer (Braun & Clarke, 2006). Temaer er essensielle temaer innad i ett overordnet tema. Disse kan være nyttige å identifisere, da de bidrar til mer struktur og følgelig tydeliggjør essensen i de større og mer komplekse temaene (Braun & Clarke, 2006). Se *Tabell 4* for oversikt over identifiserte hovedtema, tema og undertema.

Fase 6: Ferdigstilling av resultater. Siste og avsluttende fase av den tematiske analysen innbefattet rapportering av funnene (Braun & Clarke, 2006). Resultatdelen består av utdrag fra datamaterialet med tilhørende analytiske kommentarer (Clarke et al., 2015). Ifølge Braun & Clarke (2006) bør rapporteringen av funnene gi en logisk, sammenhengende, konsis, interessant og ikke-repetitiv beretning av essensen i datamaterialet. I tillegg bør man forsøke å formidle en overbevisende fortolkning av materialet, noe som har blitt etterstrebet i tråd med Braun & Clarke (2006) sine anbefalinger.

Etiske refleksjoner. Flere etiske problemstillinger kan potensielt være med å prege forskningsprosessen, og disse bør tas stilling til helt fra begynnelsen av undersøkelsen til den endelige rapporten foreligger (Kvale & Brinkmann, 2015). Følgelig ble det under hele forskningsprosessen fokusert på å utføre et grundig, etisk og forsvarlig arbeid. Videre følger en beskrivelse av viktige etiske vurderinger som har blitt gjort med hensyn til studiens tematikk, informert samtykke og ivaretagelse av anonymitet og konfidensialitet.

Etiske vurderinger i henhold til tematikk. Studiens tematikk kan være et sårbart tema for enkelte. Det ble derfor vurdert som essensielt å foreta grundige etiske vurderinger, om hvorvidt det er forsvarlig å gjennomføre studien. Det er plausibelt at selvmordsproblematikk som tema er gjennomgående i møte mellom de utvalgte informantene og deres behandlere. Selv om det å stille spørsmål vedrørende selvmordstanker og selvmordsplaner ikke er forbundet med økt selvmordsrisiko (Blades, Stritzke, Page & Brown, 2018), ble det imidlertid vurdert at enkelte informanter potensielt sett kunne oppleve det krevende å bli stilt spørsmål vedrørende selvmordsproblematikk. Det ble derfor presisert i informasjonsskrivet at dersom informantene erfarte negative opplevelser i etterkant av intervjuet, kunne de kontakte prosjektveileder for videre rådgivning.

Etiske vurderinger i henhold til samtykke. Et grunnleggende etisk prinsipp i medisinsk og helsefaglig forskning er at informantene samtykker til deltakelse i studien (jf. Helseforskningsloven, 2008, §13). Informert samtykke innebærer at forskningsdeltakerne informeres om studiens overordnede formål, samt om mulige fordeler og ulemper ved å delta i forskningsprosjektet (Kvale & Brinkmann, 2015). Videre ønsker man å sikre at de utvalgte informantene deltar frivillig og ikke føler seg presset til å delta, samt informeres om retten til å kunne trekke sitt samtykke (Kvale & Brinkmann, 2015). For å ivareta prinsippet om informert samtykke, ble det i informasjonsskrivet presisert at deltakelse i studien var frivillig. Det ble informert om at informantene når som helst, og uten å oppgi grunn, kunne kontakte prosjektleder eller psykologstudentene dersom de ønsket å trekke sitt samtykke. Det ble presisert at dette ikke ville få noen påfølgende negative konsekvenser, og at informantene har krav på å få slettet sine helseopplysninger innen tretti dager, dersom ønskelig. Denne retten gjaldt imidlertid ikke dersom opplysningene eller materialet hadde blitt anonymisert eller publisert. En videre etisk problemstilling var at det ved bruk av semistrukturerte intervjuer potensielt kunne fremkomme informasjon fra informantene som ikke inngikk i intervjuguiden. Dette kunne medføre at informantene snakket om temaer de i utgangspunktet ikke hadde samtykket til. Informantene ble derfor informert om muligheten til å fjerne eventuelle uttalelser i etterkant av intervjuet, såfremt datamaterialet ikke hadde blitt analysert.

Etiske vurderinger i henhold til anonymisering og konfidensialitet. Da studien ble utført på et utvalg pasienter ved bestemte institusjoner, stilte dette krav til at det forut studien måtte foretas etiske vurderinger knyttet til anonymisering av datamaterialet. Dette økte kravet om varsomhet tilknyttet gjengivelse av informasjon, da dialektord og unike uttryksmåter potensielt kunne gjenkjennes. Det ble imidlertid tatt forbehold om at dersom det fremkom informasjon under intervjuet, som ble vurdert å utgjøre fare for liv og helse, ville kravet til anonymisering bli vurdert i forhold til informasjonens alvorlighetsgrad. I henhold til kravet om konfidensialitet, ble det i informasjonsskrivet informert om at resultatene fra studien ville bli publisert som en hovedoppgave. Informantene ble informert om at resultatene ville bli presentert på en måte som ikke muliggjør gjenkjenning av enkeltpersoner. Videre ble informantene informert om retten til innsyn i hvilke opplysninger som har blitt registrert om dem, retten til å korrigere eventuelle feil i disse, samt om retten til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Avslutningsvis ble det informert om retten til å klage på behandlingen av informantenes opplysninger til Datatilsynet og Personvernombudet (Se vedlegg D).

Resultater

Den tematiske analysen avdekket informasjon vedrørende informantenes erfaringer og opplevelser av å bli kartlagt for selvmordsrisiko. Den reviderte og endelige temastrukturen ble dannet gjennom gjentatte gjennomganger av datamaterialet, illustrert i *Tabell 4*. Analysen avdekket tre hovedtema med sine respektive tema og tilhørende undertemaer. De tre hovedtemaene er «*Erfaringer med å bli kartlagt for selvmordsrisiko*», «*Opplevelser av å bli kartlagt for selvmordsrisiko*» (se *Figur 2*), og «*Tematisering av suicidalitet i møtet mellom pasient og behandler*» (se *Figur 3*). Hvert hovedtema med tilhørende temaer og undertemaer vil bli presentert fortløpende med direkte sitater fra informantene.

Tabell 4. *En oversikt over identifiserte hovedtema, tema og undertemaer.*

Hovedtema	Tema	Undertemaer
Erfaringer med å bli kartlagt for selvmordsrisiko		
Opplevelser av å bli kartlagt for selvmordsrisiko	Emosjonelle opplevelser	Følelse av ubehag og engstelse Meningsløshet og frustrasjon

	Pasienters opplevelse av <i>hvordan</i> behandlere utfører selvmordskartlegging.	Behandlerens gjennomføring av selvmordskartlegging Behandlerens fremtoning Behandlerens respons
Tematisering av suicidalitet i møtet mellom pasient og behandler	Rom for samtale	Standardisert prosedyre Behandlerens respons/fremtoning under samtale Pasientens ansvar å tematisere suicidalitet i terapirommet Behov for samtale om suicidalitetens årsaker
	Terapeutisk allianse	

Erfaringer med å bli kartlagt for selvmordsrisiko

Samtlige av informantene hadde erfaringer med å bli kartlagt for selvmordsrisiko av sine behandlere. Tre av informantene hadde erfaringer med å bli kartlagt for selvmordsrisiko av mer enn 30 ulike behandlere, over flere år og ved ulike institusjoner. Alle informantene rapporterte at de er innforstått med, og har forståelse for at behandlerne er pålagt å stille spørsmål om selvmordstanker. Fire av informantene oppga eksplisitt at de har en forventning om at de kommer til å bli stilt spørsmål om det.

«Du forventer jo at spørsmålene kommer (..) de samme spørsmålene kommer jo hele tiden, de sier jo sånn (..) ja så vet du at vi er pliktige til å spørre om det her, men har du selvmordstanker eller tanker om å skade deg selv eller andre (..) så du vet jo at spørsmålene kommer» (Olav)

Tre av informantene fortalte at de etter å ha bli kartlagt for selvmordsrisiko over flere år, har erfart at enkelte behandlere har sluttet å gjennomføre selvmordsrisikokartlegging av dem. Videre rapporterte fire av informantene at de ofte erfarer at behandlere stiller spørsmål om selvmordstanker i tilfeller hvor dette ikke oppleves relevant. Informantene utdypet at dette eksempelvis kunne gjelde i tilfeller hvor de har hatt det vanskelig, men hvor

selvmordsproblematikken ikke var det sentrale. De samme informantene oppga også at de har erfart at behandlere ikke har stilt spørsmål om selvmordstanker i tilfeller hvor informanten faktisk har hatt tilstedeværelse av dette.

«(..) de stiller meg ikke spørsmål om selvmordstanker og planer så ofte lenger, de har jo skrevet i journalen min at det (..) selvmord (..) ikke er noe jeg noen gang kommer til å gjøre, fordi jeg bare har en parasuicidal atferd» (Astrid)

«som oftest når jeg har blitt spurt om selvmordstanker, så har jeg ikke hatt det, og hvis jeg har hatt det så har jeg ikke blitt spurt og da er det ikke alltid jeg har klart å si fra heller» (Vilde)

Opplevelser av å bli kartlagt for selvmordsrisiko



Figur 2. Hovedtemaet «Opplevelser av å bli kartlagt for selvmordsrisiko» med sine respektive undertemaer.

Emosjonelle opplevelser

Den tematiske analysen viste at et kjennetegn på «Opplevelser av å bli kartlagt for selvmordsrisiko» er informantenes emosjonelle opplevelser. De identifiserte emosjonelle følgetilstandene vil videre bli beskrevet.

Følelse av ubehag og engstelse. Flertallet av informantene fortalte at de har forståelse for at behandlerne må utføre selvmordskartleggingen, men at de imidlertid kan oppleve følelser av ubehag og engstelse i forbindelse med kartleggingen. Informantene beskrev at de ofte erfarer en del bekymringer, knyttet til hvordan behandlerne vil respondere, når de uttrykker selvmordstanker. Deriblant beskrives bekymringer vedrørende hvilke konsekvenser som vil følge når de uttrykker selvmordstanker.

«det er jo litt ubehagelig å få det spørsmålet, men jeg forstår jo at behandleren må stille det (..) jeg forstår hvorfor behandleren spør meg, og jeg tror det har noe for seg å få snakket om det» (Olav)

«noen ganger er det nesten sånn at jeg ikke vil svare på det, for da vet jeg at konsekvensene blir store (..) jeg er så redd for hva de finner ut (..) om de setter diagnoser eller danner seg andre tanker rundt det eller hva de gjør (..) jeg blir bare så redd for at de trykker rød alarm når jeg uttrykker at jeg har selvmordstanker (..) det er så ille (..) det virker som om de tenker at de må iverksette en hel masse tiltak med en eneste gang» (Silje)

Meningsløshet og frustrasjon. Fem av informantene rapporterte at det enkelte ganger kunne oppleves noe meningsløst, og til tider frustrerende, å bli kartlagt for selvmordsrisiko. Det ble derfor beskrevet som viktig for informantene at hensikten med å stille disse spørsmålene, ble presisert av behandleren. Gjennomgående opplevde disse informantene å ikke bli tatt på alvor av sine behandlere, når de uttrykket selvmordstanker og/eller planer. Informantene rapporterte at de i slike tilfeller opplevde følelser av frustrasjon og meningsløshet i forbindelse med selvmordskartleggingen.

«jeg skjønner jo at det er protokollen (..) at de er opplært til å stille disse spørsmålene, men jeg blir litt lei noen ganger (..) det må være en mening med at behandleren stiller det spørsmålet (..) det er ikke vits at behandleren stiller det spørsmålet bare for å stille det» (Silje)

«det er jo ubehagelig å bli stilt disse spørsmålene (..) samtidig føler jeg ofte at de ikke bryr seg om hva jeg svarer (..) hvis jeg sier at jeg ønsker å ta livet mitt og at dette er noe jeg har plan om å gjøre, så opplever jeg ofte at de ikke tror på meg» (Astrid)

Pasienters opplevelse av *hvordan* behandlere utfører selvmordskartlegging

Flertallet av informantene rapporterte at de ofte erfarer at behandlere utfører kartlegging av selvmordsrisiko på ulike måter. Videre beskrev informantene at de både erfarer forskjeller i hvordan behandlerne fremtrer, samt hvordan de responderer under selvmordskartleggingen.

Behandlerens gjennomføring av selvmordskartlegging. Alle informantene beskrev at hvordan behandleren gjennomfører selve selvmordskartleggingen, kan være av betydning for hvorvidt pasienten ønsker å respondere, samt hvorvidt pasienten er komfortabel med å gi et ærlig svar. Gjennomgående rapporterte samtlige informanter at de foretrekker at behandlerne stiller spørsmål om selvmordstanker på en direkte måte. Informantene utdypet at de opplever forsterket ubehag, samt det som mer utfordrende å svare ærlig, når dette ikke praktiseres. Videre presiserte pasientene eksplisitt at de verdsetter når behandlerne selv direkte bruker ord

som selvmord, selvmordstanker og selvmordsplaner, i sine formuleringer av spørsmålet.

«det er litt vanskelig når behandlerne ikke selv tør å stille spørsmålet direkte (..) når de bare henter til det og prøver å få meg til å si at jeg har selvmordstanker (..) det er ofte slik at når de ikke stiller spørsmålet direkte, så svarer jeg ikke direkte heller» (Mona)

Gjennomgående presiserte informantene at de foretrekker at behandlere gjennomfører kartleggingen på en mindre formell måte, hvor spørsmålene stilles mer regelmessig, og ikke utelukkende i akutte tilfeller. Overnevnte oppleves viktig for informantene, da dette kan være bidragsgivende til at det mer jevnlig legges til rette for at de får samtale om tematikken med behandlerne. To av informantene beskrev at de foretrekker at behandleren stiller spørsmål om selvmordstanker på en varsom og ikke-dømmende måte. Informantene beskrev at dette kunne bidra til at de føler seg tryggere på å avgi et ærlig svar. I tilfeller hvor spørsmålene stilles mer brått kan pasienter, ifølge informantene, være mer tilbakeholdne med å respondere.

«det er bedre at man heller stiller spørsmål om selvmordstanker mer jevnlig, enn at det skal være så stort hver gang de skal stille det (..) at de ikke trenger å gjøre det så (..) ja formelt kanskje (..) det hadde vært bedre om man fikk mulighet til å snakke om det regelmessig, enn at man bare snakker om det når det er helt (..) ja eller når det har gått så langt at man faktisk har prøvd å ta livet sitt» (Berit)

«jeg føler behandleren min stiller meg det spørsmålet på en god måte egentlig (..) det er liksom ikke noe dømmende eller sånt bak det, det er bare mer (..) hva skal jeg si (..) noen ganger virker det bare som om behandleren min er nysgjerrig, rett og slett (..) men hvis jeg hadde møtt noen som hadde stilt meg det spørsmålet på en mer brå måte, hadde jeg nok vært litt mer tilbakeholden med å svare på det (..) jeg tror det er viktig at man har bygget en relasjon med pasienten, og trår litt varsomt i starten før man stiller det spørsmålet (..) det føles tryggere å gi et svar på spørsmålet når man kjenner behandleren litt mer og behandleren kjenner deg» (Olav)

Behandlerens fremtoning. Samtlige av informantene beskrev at behandlerens fremtoning under selvmordskartleggingen, i stor grad vil kunne påvirke hvordan de responderer til spørsmålene. Gjennomgående rapporterte informantene at de opplever det lettere å avgi et svar, samt at de føler seg mer komfortabel og bekvem, når behandleren fremstår imøtekommende og trygg. Videre ble det beskrevet eksplisitt av informantene at behandlerne med en empatisk, rolig, lyttende, samt nysgjerrig og ikke-dømmende fremtoning oppleves som fordelaktig hos pasienter. Informantene fortalte videre at behandlerens

fremtoning under selvmordskartleggingen, er av betydning for hvorvidt de opplever at behandleren tar de på alvor, samt ønsker å lytte til det de har å si.

«man kan jo merke sånn (..) ikke nødvendigvis hvordan behandleren stiller spørsmålet og sånn, men kroppsspråket (..) om de egentlig vil høre på deg eller ikke, eller om de er redde for å høre om det eller ikke (..) de trenger ikke være redd for å stille det spørsmålet (..) hvis de ikke stiller spørsmålet, så blir i alle fall jeg enda mer redd for at de ja (..) bare egentlig ikke vil høre svaret mitt» (Mona)

I tilfeller hvor behandlere fremstår som mindre empatisk, anspent og stresset, rapporterte informantene det som utfordrende å føle seg komfortabel og trygg med å dele hvorvidt de har selvmordstanker og/eller planer. Videre fremkom det at behandlere som fremstår opptatt og har lite tid til å lytte, kan oppleves å skape et press blant pasientene om å avgi et ja eller nei svar på spørsmålene. Videre opplever informantene at dette fratår dem muligheten til å bli hørt og til å få samtale om selvmordsproblematikken.

«noen ganger så føler jeg at de ikke hører på meg, og at de skal presse frem at jeg er suicidal (..) også i enkelte tilfeller føler jeg meg presset til å innrømme at jeg er suicidal når jeg egentlig ikke er det» (Astrid)

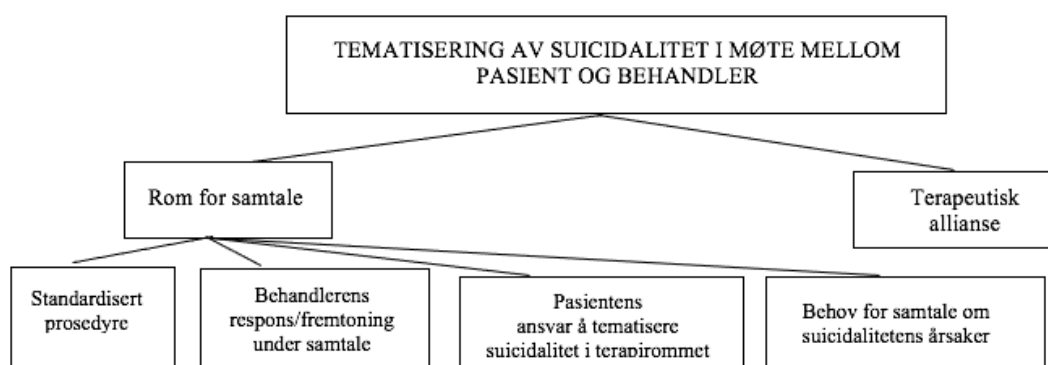
Behandlernes respons. Flertallet av informantene beskrev at hvilken respons behandlerne gir, når pasienter uttrykker selvmordstanker, kan være av betydning for hvorvidt pasientene opplever å bli tatt på alvor av sin behandler. Informantene beskrev at i tilfeller hvor behandlere eksempelvis ikke stiller oppfølgingsspørsmål, utforsker eller legger til rette for videre samtale om tematikken, kan det oppleves meningsløst å respondere til spørsmålene i selvmordskartleggingen. I slike tilfeller beskrev informantene en opplevelse av at de ikke blir tatt på alvor av sine behandlere, og videre at dette kan bidra til å forsterke deres selvmordsatferd.

«det er jo de behandlerne som bare stiller spørsmålet, og ikke gir noen respons til det man svarer (..) man får jo ofte da en opplevelse av at de virkelig ikke bryr seg om svaret du gir (..) eller så kan man jo ofte få en opplevelse av at de ikke forventet at du skulle svare noe annet (..) jeg føler ofte at de behandler meg som en diagnose og ikke en person» (Silje)

«hvis en behandler først og fremst skal stille det spørsmålet så må behandleren gi uttrykk for at man bryr seg om svaret (..) altså hvis behandleren stiller spørsmålet "har du selvmordstanker" og pasienten svarer "ja", så skal man ikke bare la det være med det, man må spørre pasienten mer rundt det» (Berit)

«når jeg føler at jeg ikke blir tatt på alvor, så forsterker jo dette selvmordstankene (..) og når man allerede går rundt og føler at man ikke er verdt noen ting, at ingen vil ha deg i livet og at man bare ønsker å gi opp (..) og så får man beskjed om at de ikke tror det er noen fare for at du tar livet ditt og får man jo lyst å bevise at de tar feil» (Astrid)

Tematisering av suicidalitet i møte mellom pasient og behandler



Figur 3. Hovedtemaet “tematisering av suicidalitet i møte mellom pasient og behandler” med sine respektive undertema.

Rom for samtale

Det fremkom at det er forskjeller i hvorvidt informantene opplever at det er rom for å samtale om selvmordsproblematikken med behandlerne. Flertallet opplever at det ikke er, eller ikke er tilstrekkelig rom for, å samtale om deres selvmordsproblematikk. Enkelte opplever imidlertid at det i tilstrekkelig grad legges til rette for at de får samtale om tematikken. Videre fremkom det at pasienter som er under poliklinisk behandling på DPS gis større mulighet til å få samtale om suicidaliteten, sammenlignet med pasienter innlagt ved akuttpost. Pasienter ved akuttpost opplever i hovedsak at behandlerne kun kartlegger, og at det er lite rom for å samtale om hva som ligger til grunn for problematikken.

Standardisert prosedyre. Samtlige av informantene beskrev at de har behov for å samtale om selvmordsproblematikken. De fleste har imidlertid en opplevelse av at de ofte kun kartlegges, og at behandlerne er opptatt av et ja/nei svar. Denne prosedyren legger ifølge informantene i liten grad til rette for samtale om det pasientene opplever som vanskelig.

«jeg føler at jeg får snakke så mye om selvmordstankene mine som jeg vil (..) jeg har vel litt på følelsen av at jeg egentlig snakker mindre om det enn det behandleren min vil at

jeg skal» (Olav)

«jeg opplever som regel at de bare stiller spørsmålene, og så er vi ferdige med å snakke om det (..) noen ganger føler jeg de bare spør for å spørre (..) de vil bare ha et ja eller nei svar så er de liksom ferdige med temaet (..) jeg føler at jeg ikke får mulighet til å snakke mer om det (..) det er liksom ikke noe tema» (Vilde)

Behandlers respons/fremtoning under samtale. Videre beskrev samtlige av informantene at behandlerens fremtoning og hvordan vedkommende responderer, kan påvirke hvorvidt de opplever at det er rom for å samtale om selvmordsproblematikken. Flere av informantene opplevde at behandlere som ikke fremstår lyttende, utforskende og responsiv, samt tar seg tid til den enkelte pasient, i liten grad legger til rette for dette.

«sånn som den behandleren jeg har nå, han hører på det jeg sier og svarer, mens andre kan være veldig sånn overlegen (..) de har sånn ovenfra og ned holdninger (..) jeg føler at de liksom bare stiller spørsmålet fordi at de må (..) og så gir de heller ikke noe svar og de kommuniserer heller ikke noe om det» (Mona)

«noen de kan kanskje spørre litt mer, men stopper samtidig opp etterhvert fordi de ikke har så god tid eller fordi de ikke synes det jeg forteller er relevant» (Berit)

Pasientens ansvar å tematisere suicidalitet i terapirommet. Når behandlerne fremtrer lite lyttende, utforskende og responsiv, med fokus på kartlegging fremfor samtale, opplever flere av informantene at det er pasientenes eget ansvar å tematisere selvmordsproblematikken i møte med behandleren. Enkelte av informantene opplever dette som utfordrende, da det bidrar til å skape en høyere terskel for hvorvidt de selv åpner for samtale om tematikken.

«behandlerne har det jo ofte veldig travelt (..) hvis jeg hadde spurt så hadde de kanskje tatt seg tid til å prate om det (..) men de løper jo bare rundt og gjør alt annet (..) så da kjenner man jo ofte på det at man ikke helt tørr å spørre om de kan prate med meg da» (Marte)

Behov for samtale om suicidalitetens årsaker. Gjennomgående oppga samtlige informanter at de har behov for å samtale om hva som ligger til grunn for selvmordstankene. De fleste informantene opplever imidlertid at dette behovet ikke blir tilstrekkelig dekket. Videre opplever samtlige informanter det som lite hensiktsmessig å svare på spørsmål om selvmordstanker, dersom de ikke gis muligheten til å samtale om hva som ligger til grunn for disse. Enkelte beskrev en opplevelse av at behandlerne har en forforståelse av hva som er årsaken til selvmordstankene, og at de følgelig unngår å spørre mer utdypende om disse.

«hvis man skal kunne snakke om selvmordstankene sine så må man jo liksom få mulighet til å si noe om hva som er vanskelig og hvorfor (..) og ikke bare svare ja eller nei». (Silje)

«jeg føler kanskje at dem har trodd (..) eller hvertfall trodd hva årsaken har vært da hvis du skjønner, uten å spørre meg (..) det virker som om de ikke tør å snakke om det» (Berit)

Terapeutisk allianse

Informantene beskrev gjennomgående et behov for at behandlerne utforsker hva pasientene opplever som utfordrende, forsøker å forstå pasientenes behov, samt uttrykker et ønske om å hjelpe. Videre utdypet informantene at en forutsetning for at de skal føle seg komfortabel med å samtale om selvmordsproblematikken, er at behandlerne utarbeider en tillitsfull og trygg relasjon med pasienten. Dette innbefatter også at behandlerne forsøker å forstå og sette seg inn i pasientens situasjon. Informantene oppga at det imidlertid er forskjeller i hvorvidt behandlerne har fokus på å skape en trygg og tillitsfull relasjon til pasientene.

Gjennomgående beskrev informantene at en trygg og tillitsfull relasjon, gjør det lettere å samtale om tematikken med behandler. Videre beskrev enkelte informanter at en god relasjon er en forutsetning for at de føler seg mer komfortabel, samt er åpen og går mer i dybden på spørsmålene som inngår i selvmordskartleggingen. I tilfeller hvor en god relasjon ikke foreligger, beskrev enkelte informanter at de er mer tilbakeholdne i samtaler med sin behandler.

«behandleren jeg har nå bruker mye tid (..) tar seg tid (..) bygger tillit og skaper en relasjon og prøver å sette seg mye mer inn i situasjonen enn det jeg opplever at de andre gjør (..) hvis jeg hadde møtt en ny behandler, som jeg ikke hadde snakka med om noe som helst, og så kommer det spørsmålet på bordet med en gang, så hadde jeg vært mer tilbakeholden» (Marte)

«men det er vel noe menneskelig da, at man ikke fullt og helt åpner seg for helt fremmede (..) det føles tryggere når man føler at man kjenner den på andre siden av bordet litt mer (..) og da er det lettere å snakke om ting mer etterhvert» (Olav)

Diskusjon

Formålet med denne studien var å undersøke hvordan et utvalg kronisk suicidale pasienter, under pågående behandling i psykisk helsevern, opplever å bli kartlagt for selvmordsrisiko i henhold til de nasjonale retningslinjene for selvmordsforebygging i psykisk helsevern. Videre ønsket vi å undersøke hvorvidt denne subgruppen av pasienter opplever standardisert selvmordskartlegging som fordelaktig eller til hinder for god behandling. Oppsummert viste

resultatene at samtlige pasienter er inneforstått med at behandlere er pålagt å foreta en slik kartlegging. Pasientene hadde imidlertid ulike erfaringer og opplevelser vedrørende prosedyrene og deres relevans med tanke på å avdekke selvmordsrisiko. Samtlige pasienter rapporterte at de har behov for å samtale om deres selvmordsproblematikk, men opplever imidlertid at standardisert selvmordskartlegging ikke legger til rette for dette i tilstrekkelig grad. Flertallet av pasientene opplever følelser av engstelse, ubehag, frustrasjon og meningsløshet i forbindelse med kartleggingen. Videre rapporterte to av pasientene at prosedyrene kan medføre forsterket selvmordsatferd. Resultatene viste at standardisert kartlegging av selvmordsrisiko i noen tilfeller kan være til hinder for etableringen av en god terapeutisk allianse og god behandling av denne pasientgruppen. Dette er gjeldende særlig i tilfeller hvor behandlerne fremstår lite responsiv og lyttende, er tilbakeholdne med å stille spørsmålene direkte, samt har fokus på å kartlegge fremfor å utforske og forsøke å forstå pasientens behov og vansker. Overordnet antyder resultatene at standardisert selvmordskartlegging *kan* stå i veien for god behandling av kronisk suicidale pasienter, og at flere hensyn bør tas ved gjennomføring av selvmordskartlegging i klinisk praksis.

Erfaringer med standardisert selvmordskartlegging

Resultatene i denne studien viste at samtlige pasienter hadde erfaringer med å bli kartlagt for selvmordsrisiko av sine behandlere, over flere år og ved ulike institusjoner. De nasjonale retningslinjene tilrår at en standardisert kartlegging av selvmordsrisiko inngår som en rutinemessig standard i utredningen av samtlige pasienter i psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Det fremkom imidlertid av den foreliggende studien at tre av syv pasienter, etter å ha bli kartlagt for selvmordsrisiko over flere år, har erfaringer med at behandlerne har sluttet å gjennomføre selvmordskartlegginger. Gitt at kronisk suicidale karakteriseres ved forhøyet selvmordsrisiko over måneder eller år, kan det basert på overnevnte funn stilles spørsmål ved om retningslinjenes anbefalinger, i møte med denne pasientgruppen ikke alltid følges opp i klinisk praksis. For behandlere kan det imidlertid være krevende å foreta selvmordsrisikovurderinger av pasienter som er langvarig plaget med stadig tilbakevendende selvmordstanker og/eller planer, noe som er tilfelle hos det foreliggende utvalget. Gjennomgående karakteriseres kronisk suicidale pasienter ved at de ikke nødvendigvis har en sterk intensjon om å dø, men ved at de er ambivalent til livet og mangler hensiktsmessige strategier for å håndtere vanskelige følelser (Chiesa, Sharp & Fonagy, 2011). Det kan derfor diskuteres hvorvidt de overnevnte karakteristikene ved kronisk suicidale

pasienter, kan være en mulig årsak til at behandlere ikke alltid vurderer det hensiktsmessig å følge retningslinjenes anbefalinger i møte med denne pasientgruppen.

Videre viste resultatene at over halvparten av pasientene opplever at behandlerne stiller spørsmål om selvmordstanker i tilfeller hvor dette ikke oppleves relevant, samt unnlater å stille spørsmål i tilfeller hvor dette faktisk ville vært relevant. De nasjonale retningslinjene tilråder at det foretas en kartlegging av hvorvidt kjente risikofaktorer forbundet med selvmord er tilstede hos pasienten (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Fokuset på å kartlegge kjente risikofaktorer, kan i samsvar med Gjelsvik (2014), ha bidratt til å skape en forventning blant behandlere om at de ved å identifisere risikofaktorer forbundet med selvmord, kan forutsi hvilke enkeltindivider som er tilbøyelig til å begå selvmord. Gitt at de kliniske standardene for selvmordsrisikovurderinger er basert på manglende dokumentasjon og ikke er tilstrekkelig evidensbasert (Sosial- og helsedirektoratet, 2008), kan det i lys av overnevnte funn, tyde på at Gjelsviks (2014) kritikk om at man ved å basere seg på retningslinjenes anbefalinger, kan risikere å stille spørsmål som har liten klinisk relevans og følgelig fange opp feil individer, er berettiget. Videre kan overnevnte funn tyde på at behandlere ved å ha et for sterkt fokus på å følge standardiserte prosedyrer, kan risikere å ignorere selvmord som tema, når pasientene opplever dette som aktuelt, noe som også understøttes av studien til Østlie (2018).

Det presiseres imidlertid i de nasjonale retningslinjene at det å predikere selvmord hos enkeltindivider sjeldent er mulig (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Selv om behandlere rapporterer en positiv nytteverdi av standardisert selvmordskartlegging og opplever dette som en støtte i krevende kliniske avveininger (Larsen & Qin, 2018), kan våre funn reise spørsmål ved hvorvidt behandlere bør være mer tilbakeholden med å utelukkende basere seg på slike vurderinger alene. I det foreliggende utvalget hadde samtlige pasienter lang erfaring med behandling i psykisk helsevern, og blitt vurdert for selvmordsrisiko ved mange tilfeller. Pasientene opplever imidlertid at det er liten treffsikkerhet i når og hva det blir spurt om i selvmordskartleggingen. Det kan være flere årsaker til det, men det kan tenkes at én av grunnene, i samsvar med Stangeland's (2019) argument, er at behandlere har et for sterkt fokus på å identifisere kjente risikofaktorer, som følge av å ha tolket retningslinjene som et pålegg om å avverge enkelttilfeller av selvmord ved å utføre rutinemessig selvmordskartlegging.

Pasientenes opplevelser av standardisert selvmordskartlegging

Flertallet av pasientene i denne studien rapporterte at de opplever at behandlerne følger en standardisert prosedyre ved selvmordskartleggingen, med et ensidig fokus på å kartlegge, og hvor det av pasientene oppleves som behandlerne kun søker et ja/nei-svar. Behandlerne som ikke supplerer den standardiserte prosedyren med utforskende oppfølgingsspørsmål, vekker gjennomgående følelser av frustrasjon og meningsløshet hos pasientene. I tillegg bidrar dette til opplevelser av at pasientene ikke blir tatt på alvor av sine behandlere, noe som ved et par tilfeller kunne medføre at pasientenes selvmordsatferd ble forsterket. Gitt pasientenes opplevelser av at behandlerne har et for sterkt fokus på å følge standardiserte kartleggingsprosedyrer, kan det tyde på at kritikken reist i Halvorsen & Skjerdingsstad (2019), er berettiget. I lys av overnevnte funn kan det også stilles spørsmål ved hvorvidt et for sterkt fokus på rutinemessig kartlegging, kan ha dreid behandlernes oppmerksomhet bort fra en lyttende holdning til et fokus på å unngå kritikk fra tilsynsmyndighetene og dekke egen rygg (Halvorsen & Skjerdingsstad, 2019). I samsvar med doktoravhandlingen til Østlie (2018), kan de overnevnte funnene tyde på at behandlerne som blir for opptatt av å følge standardiserte prosedyrer ved selvmordsrisikovurderinger, risikerer at deres evne til å være tilstedeværende og lyttende forstyrres. Det fremkom av den foreliggende studien at behandlernes fremtoning og respons ved standardisert selvmordskartlegging, er av betydning for hvorvidt pasientene opplever behandlerne som tilstedeværende og lyttende, og at dette er av betydning for hvorvidt pasientene føler seg komfortabel med, samt opplever at det er rom for å samtale om deres selvmordsproblematikk. Disse funnene er i tråd med studien av Østlie (2018).

Behandlerne som fremstår empatisk, nysgjerrige, imøtekommende og ikke-dømmende, bidrar til at pasientene i den foreliggende studien, i større grad opplever at det er rom for å samtale om problematikken med behandlerne. I tilfeller hvor behandlerne fremstår lite responsive, utforskende og lyttende, opplever imidlertid pasientene at det i større grad er deres eget ansvar å tematisere selvmordsproblematikken, og at dette kan bidra til en tilbakeholdenhet med høyere terskel for å tematisere problematikken i møte med behandler. Det kan derfor stilles spørsmål ved hvorvidt en mulig årsak til pasientenes opplevelse av å ikke bli tatt på alvor og at det ikke er rom for å samtale om deres suicidalitet (se også Halvorsen & Skjerdingsstad 2019 for diskusjon), kan skyldes behandlernes manglende tilstedeværelse som følge av deres sterke fokus på å følge de standardiserte prosedyrene. Videre fremkom det at pasientene opplever at behandlerne gjennomfører selvmordskartlegging hovedsakelig i mer akutte tilfeller, samt er tilbakeholdne med å stille

spørsmålene direkte. Pasientene trekker imidlertid frem at de foretrekker at kartleggingen foretas på en mindre formell måte og mer regelmessig, da de opplever at dette gir de flere anledninger til å samtale om tematikken med sine behandlere.

Samtlige pasienter i den foreliggende studien rapporterte at de har behov for å samtale om hva som ligger til grunn for deres selvmordsproblematikk med sin behandler. Pasientene opplever imidlertid at det er forskjeller i hvorvidt behandlerne legger til rette for dette. Gjennomgående opplever de fleste pasientene at de standardiserte prosedyrene ved selvmordskartleggingen ikke legger til rette for dette i tilstrekkelig grad. Overnevnte funn kan antyde at standardisert selvmordskartlegging i for liten grad faktisk tilrettelegger for at pasientene får samtale om årsakene til deres suicidalitet (se også Hagen et al., 2014).

Videre opplever pasientene i denne studien at behandlere ofte har en forforståelse av hva som er de underliggende årsakene til deres suicidalitet. Det kan diskuteres hvorvidt én mulig årsak til dette, i tråd med Hagen et al.'s (2014) argument, kan være at det dominerende risikofaktorfokus har vært bidragsgivende til å skape en forventning blant behandlerne om at kjente risikofaktorer forbundet selvmord, er den underliggende årsaken til pasientens vansker. Gitt at suicidalitet er et komplekst og kontekstuelt fenomen, som kan dreie seg om en rekke betingelser for ulike mennesker, deriblant livsbelastninger, relasjonelle- og psykososiale forhold (Herheim, 2020), kan det imidlertid diskuteres hvorvidt dette i lys av overnevnte funn, kan ha bidratt til å neglisjere hva suicidaliteten kan handle om for enkeltindividet. Videre kan det stilles spørsmål ved hvorvidt dette potensielt kan stå i veien for god behandling av selvmordstruede pasienter. Overnevnte funn kan videre reise spørsmål ved hvorvidt den biomedisinske sykdomsmodellen, i lys av Hjelmeland & Knizek's (2010) argument, kommer til kort i det selvmordsforebyggende arbeidet, hvor et for omfattende risikofaktorfokus medfører at kontekstuelle og individuelle faktorer ikke tas i betraktning i tilstrekkelig grad.

Som nevnt retter kvalitativ forskning fokus mot å utforske hva suicidaliteten kan handle om for enkeltindivider, og har vært bidragsgivende til å gi økt innblikk i hvilke individuelle og kontekstuelle faktorer som kan være forbundet med selvmord (Hjelmeland & Knizek, 2010). I lys av funnene i den foreliggende studien, kan det diskuteres hvorvidt det i samsvar med Herheim (2020)'s argument, ville være mer fruktbart å bevege seg bort fra et biomedisinsk perspektiv, og i større grad fokusere på suicidalitetens årsaker hos enkeltindividet, fremfor å utelukkende fokusere på å utføre risikovurderinger.

De kronisk suicidale pasientene i studien beskrev gjennomgående at de har et behov for at behandlerne forut den standardiserte selvmordskartleggingen, retter fokus mot å

etablere en tillitsfull og trygg relasjon, samt uttrykker et genuint ønske om å hjelpe. Videre oppleves det viktig for pasientene at deres behandlere ved gjennomføringen av selvmordskartleggingen, forsøker å forstå og utforske deres utfordringer og behov. Pasientene opplever imidlertid at det er forskjeller i hvorvidt ulike behandlere har fokus på dette. Gitt at etableringen av god terapeutisk allianse forutsetter at behandleren oppleves empatisk, tilgjengelig og lyttende, samt søker å forstå hva suicidaliteten handler om for den enkelte pasient (Østlie, 2018), kan de overnevnte funnene reise spørsmål ved hvorvidt standardisert selvmordskartlegging kan være til hinder for etablering av en god terapeutisk allianse og god behandling av denne pasientgruppen. Funnene i den foreliggende studien kan videre i samsvar med Østlies (2018) studie, tyde på at behandlere som blir for opptatt av å følge standardiserte prosedyrer for selvmordskartlegging, kan risikere at dette kan stå i veien for etableringen av en terapeutisk allianse og god behandling av selvmordstruede pasienter.

Implikasjoner for klinisk praksis

Overordnet antyder resultatene i den foreliggende studien at flere hensyn bør tas ved gjennomføring av standardisert selvmordskartlegging i klinisk praksis, og når suicidalitet tematiseres i møte mellom kronisk suicidale pasienter og deres behandlere. Dette på bakgrunn av at standardisert selvmordskartlegging er vist å kunne stå i veien for etableringen av en god terapeutisk allianse og behandling av denne pasientgruppen. I lys av pasientenes perspektiv i denne studien, vil en sentral implikasjon være at selvmordskartlegging foretas mer rutinemessig og på en mindre formell måte, samt at spørsmål om selvmordstanker og selvmordsplaner stilles mer direkte. Pasientene trekker frem at det er fordelaktig at behandlerne direkte benytter ord som «selvmord», «selvmordstanker» og «selvmordsplaner» og lignende ved kartleggingen. Videre blir det av pasientene fremhevet som viktig at behandlerne presiserer hva som er hensikten med selvmordskartleggingen, da dette kan bidra til å redusere følelser av meningsløshet, frustrasjon, engstelse og ubehag. Dette kan videre være bidragsgivende til å forhindre at pasientenes selvmordsatferd i verste fall forsterkes.

Pasientene presiserer at behandlerne bør være forsiktige med å etablere seg en forforståelse av hva som ligger til grunn for deres suicidalitet, samt være tilbakeholdne med å i for sterk grad basere seg på de standardiserte prosedyrene. Pasientene trekker frem at behandlerne bør supplere den standardiserte selvmordskartleggingen med mer utforskende oppfølgingsspørsmål, som i større grad legger til rette for at de får muligheten til å samtale om hva som ligger til grunn for deres vansker. Videre bør behandlerne være bevisst på at hvordan de fremtrer under selvmordskartleggingen, samt hvilke responser de gir, både kan

være av betydning for hvorvidt pasientene opplever at de tas på alvor, samt hvorvidt de opplever at det er rom for å samtale om deres suicidalitet. Dette vil videre kunne ha viktige implikasjoner for hvorvidt enkelte pasienter opplever forhøyet terskel for å tematisere selvmordsproblematikk i møte med sin behandler. Pasientene fremhever at behandlere forut den standardiserte selvmordskartleggingen bør sette av tid til å lytte til pasientene, samt ha fokus på å etablere en trygg terapeutisk allianse, da pasientene opplever dette som en forutsetning for at de skal ha nytte av behandlingen.

Styrker og begrensninger ved studien

Kvalitative forskningsmetoder er velegnet i tilfeller hvor man ønsker å studere fenomener hvor det foreligger lite evidensbasert kunnskap (Tjora, 2017c). Ingen tidligere studier har undersøkt hvordan kronisk suicidale pasienter under pågående behandling i psykisk helsevern erfarer og opplever å bli kartlagt for selvmordsrisiko. Følgelig kan en styrke ved å anvende kvalitative metoder i denne studien være å belyse fenomener som tidligere har vært lite studert. Gitt at studier av suicidalitet har vært dominert av kvantitativ risikofaktorforskning utført på gruppenivå (Hjelmeland & Knizek, 2010), vil kvalitative studier med større vekt på enkeltindividets opplevelse, kunne være et nyttig supplement til eksisterende forskning. Et sentralt mål med den foreliggende studien var å fremheve pasientenes eget perspektiv på standardisert kartlegging av selvmordsrisiko. Kvalitative intervjuer anses som den mest velegnede metoden når man ønsker å undersøke utbredelsen og nyansene i menneskers erfaringer, meninger og opplevelser av et bestemt forskningstema (Tjora, 2017c). Følgelig vil en videre styrke ved studien være at den gjennom bruk av semistrukturerte intervju, kan oppnå økt innsikt i et komplekst og kontekstuel fenomen som suicidalitet, gjennom å utforske, beskrive og tolke et lite antall informanternes opplevelser (Smith, 2015). Mer spesifikt har studien gjennom bruk av kvalitative metoder, bidratt til å belyse hver enkelt pasients individuelle opplevelse av hvorvidt standardisert selvmordskartlegging er fordelaktig eller til hinder for god behandling.

Utvalget i studien representerer en gruppe informanter bestående av pasienter rekruttert fra ulike institusjoner i form av døgn- og poliklinisk avdeling ved DPS og akuttpost. Det kan være en styrke ved at de valgte institusjonene har variasjon hva angår anvendelse av behandlingstilnæringer. Videre vil dette kunne bidra til økt innsikt i opplevelser og erfaringer hos en bredere pasientpopulasjon, på tvers av ulike kontekstuelle betingelser. Det bør imidlertid bemerkes at vår forskersubjektivitet, herunder vårt personlige engasjement, antakelser og holdninger rundt temaet som forskes på, potensielt kan ha

påvirket analyseprosessen og tolkningen av datamaterialet, og følgelig være av betydning for hvilke resultater som fremkom av studien (Tjora, 2017d).

Den foreliggende studien har noen metodiske begrensninger som bør diskuteres. Deriblant bør det bemerkes at det foreliggende utvalget kun representerer én subgruppe av kronisk suicidale pasienter, karakterisert ved en uklar suicidal intensjon, intense negative emosjoner, samt mangel på hensiktsmessige strategier for å regulere og håndtere disse (Chiesa et al., 2011). Hvorvidt studiens resultater er generaliserbare for populasjoner utover det foreliggende utvalget, herunder for kronisk suicidale pasienter *med* suicidal intensjon og andre pasientgrupper, er derfor usikkert. Gitt at selvmordsratene i 2020 var markant høyest blant menn, og hvor et særlig høyt antall unge menn begikk selvmord (Strøm et al., 2021), kan det at kun én mann er representert i studien, utgjøre en svakhet, da funnene ikke nødvendigvis fanger opp perspektivene til menn med selvmordsrisiko.

Kvalitative forskningsmetoder har imidlertid ikke som mål å trekke slutninger som er generaliserbare utover ethvert utvalg, men å utforske *dybden* av et spesifikt fenomen (Tjora, 2017d). Generalisering innen kvalitativ forskning skiller seg fra en statistisk generalisering som man finner ved kvantitative forskningsmetoder (Tjora, 2017d). Selv om kvalitative studier sjelden har som hensikt å frembringe generaliserbare funn, vil imidlertid enkelte hevde at et mål er å gi anvendbar kunnskap som har en *overføringsverdi* (Tjora, 2017d). Til tross for at utvalget i den foreliggende studien består av få informanter, kan man ikke utelukke at studien har et generaliseringspotensial i form av en *lesergeneraliserbarhet* (Tjora, 2017d), som i dette tilfellet innebærer at behandlere skal kunne trekke slutninger fra studiens funn, og dra nytte av disse i egen klinisk praksis.

For å oppnå ytterligere innsikt i hvordan pasienter opplever å bli kartlagt for selvmordsrisiko, i henhold til de nasjonale retningslinjene, og hvorvidt pasienter opplever standardisert selvmordskartlegging som fordelaktig eller til hinder for god behandling, belyses det avslutningsvis noen aspekter videre forskning kan adressere. Deriblant kan fremtidige studier undersøke hvordan kronisk suicidale pasienter *med* suicidal intensjon, samt andre pasientpopulasjoner opplever å bli kartlagt for selvmordsrisiko. Videre kan det være interessant om fremtidige studier triangulerer på informantnivå gjennom å inkludere perspektivet til behandlere og klinikere. Det kan være interessant å undersøke hvorvidt behandlernes motivasjon for å foreta standardiserte selvmordskartlegginger er tilknyttet et ønske om å dekke egen rygg for å unngå kritikk fra tilsynsmyndighetene, eller hvorvidt de opplever at kartleggingen faktisk har en klinisk nytteverdi. Gjennom å foreta observasjoner av hvordan behandlere gjennomfører selvmordskartlegging i praksis, kan fremtidige studier

potensielt avdekke andre aspekter enn de som fremkommer i den foreliggende studien. Videre kan det være interessant i fremtidige studier å undersøke om det eksisterer regionale forskjeller i hvordan retningslinjenes anbefalinger fortolkes og brukes i klinisk praksis.

Konklusjon

Den foreliggende studien danner et kvalitativt kunnskapsgrunnlag om kronisk suicidale pasienters erfaringer og opplevelser med å bli kartlagt for selvmordsrisiko, i henhold til nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Av resultatene fremkom det at pasientene gjennomgående har behov for å samtale om deres suicidalitet. Pasientene opplever imidlertid at standardiserte prosedyrer for selvmordskartlegging ikke legger til rette for dette i tilstrekkelig grad. Videre kan standardisert kartlegging være til hinder for etablering av en god terapeutisk allianse og god behandling av kronisk suicidale pasienter. Dette er særlig aktuelt i tilfeller hvor behandlere fremstår lite lyttende og responsiv, samt er tilbakeholdne med å stille spørsmål om selvmordstanker- og planer direkte, med fokus på å kartlegge fremfor å utforske og forsøke å forstå pasientens utfordringer. Overordnet antyder resultatene at standardisert selvmordskartlegging *kan* stå i veien for god behandling, og at flere hensyn bør tas ved gjennomføring av selvmordskartlegging i klinisk praksis, samt når suicidalitet tematiseres i møte mellom kronisk suicidale pasienter og deres behandlere. I lys av pasientens perspektiv i denne studien bør standardisert selvmordskartlegging suppleres med utforskende oppfølgingsspørsmål. Behandlere bør være tilbakeholdne med å etablere en forforståelse av hva som ligger til grunn for pasientenes suicidalitet, samt være bevisst på at deres fremtoning og responser kan være av betydning for pasientenes opplevelse av å bli tatt på alvor i en sårbar situasjon. Funnene fra den foreliggende studien korresponderer med allerede eksisterende kvalitativ forskning (Østlie, 2018), og kan være bidragsgivende til å belyse viktige aspekt som fremtidige revideringer av de nasjonale retningslinjene, samt behandlere i klinisk praksis bør ta i betraktning.

Referanseliste

- Belsher, B.E., Smolenski, D.J., Pruitt, L.D., Bush, N.E., Beech, E.H., Workman, D.E., Skopp, N.A. (2019). Prediction Models for Suicide Attempts and Deaths: A Systematic Review and Simulation Prediction for Suicide Attempts and Death. *JAMA Psychiatry*. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0174
- Blades, C. A., Stritzke, W. G. K., Page, A. C. & Brown, J. D. (2018). The benefits and risks of asking research participants about suicide: A meta-analysis of the impact of exposure to suicide-related content. *Clinical Psychology Review, Vol 64*, 1-12. doi: 10.1016/j.cpr.2018.07.001
- Bostwick, J. M., Pabbati, C., Geske, J. R., & McKean, A. J. (2016). Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: even more lethal than we knew. *American journal of psychiatry, 173*(11), 1094-1100. doi: 10.1176/appi.ajp.2016.15070854
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice, 16*(3), 252-260. doi: 10.1037/h0085885
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Chiesa, M., Sharp, R. & Fonagy, P. (2011). Clinical associations of deliberate self-injury and its impact on the outcome of community-based and long-term inpatient treatment for personality disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics, 80*, 100–109. doi: 10.1159/000320975
- Clarke, V., Braun, V. & Hayfield, N. (2015). Thematic Analysis. I Smith, J. A. (Red.), *Qualitative Psychology: A practical guide to research methods* (3. utgave, s.222-248). SAGE Publications Ltd
- Diserud, G. (2006). *Psykologisk perspektiv på selvmordsatferd. Impuls, 1*, 23-31.
- Folkehelseinstituttet [FHI]. (2020, 13. mai). *Selv mord i norge*. Hentet 14. april 2020 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selv-mord-i-norge/#om-selv-mord-selv-mordsforsoek-og-selvskading>

- Folkehelseinstituttet (FHI). (2021, 10. juni). *Selv mord og selvmordsforsøk*. Hentet 6. oktober 2021 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selv-mord-i-norge/>
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K.M., Jaroszewski, A.C., Chang, B.P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin, 143*(2), 187-232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Gjelsvik, B. (2014). Advarsel om selvmordsrisiko. *Tidsskriftet for norsk psykologforening, Vol 51*(3), 1-4.
- Hagen, J. Hjelmeland, H. & Knizek, B. L. (2014). Overdreven tro på selvmordsrisikovurderinger? *Tidsskriftet Den norske legeforening, 4* (394).
- Halvorsen, P. & Skjerdingsstad, N. (2019). Hevder nasjonale standarder strider mot god behandling. *Tidsskriftet for norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/2019/09/hevder-nasjonale-standarder-strider-mot-god-behandling>
- Hames, J. L., Rogers, M. L., Silva, C. Ribeiro, J. D., Teale, N. E. & Joiner, T. E. (2018). A Social Exclusion Manipulation Interacts with Acquires Capability for Suicide to Predict Self-Aggressive Behaviors. *Archives of Suicide Research, Vol 22*(1), 32-45. doi: 10.1080/13811118.2017.1304309
- Hawton, K. & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet, Vol 373*, 1372-81.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>
- Helsedirektoratet. (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017* (IS-2182). [Handlingsplanforbyggingavselvmord2014-2017.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/handlingsplanforbyggingavselvmord2014-2017.pdf)
- Herheim, Å. (2020). Å forstå psykologien bak selvmord er ingen sjekklisteoppgave. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. Hentet fra:

<https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2020/03/forsta-psykologien-bak-selv-mord-eringen-sjekklisteoppgave>

- Hjelmeland, H. (2013). Suicide Research and Prevention: The Importance of Culture in "Biological Times". I: E. Colucci & D. Lester (red.), *Suicide and Culture. Understanding the Context.* (3-24). USA: Hogrefe Publishing
- Hjelmeland, H. & Knizek, B. L. (2010). Why we need qualitative research in suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior, Vol 40*(1), doi: 10.1521/suli.2010.40.1.74
- Hjelmeland, H. & Knizek, B. L. (2013). Hva er meningen? Selvmordsatferd som kommunikasjon. *Sosiologi i dag, 43*(1), 7-30.
- Hjelmeland, H., Hagen, J. & Knizek, B. L. (2014). Selvmordsforebygging i psykisk helsevern - på tide å tenke nytt? *Tidsskriftet den norske legeforening, 12-13* (1222), doi: 10.4045/tidsskr.14.0479
- Huang, X., Fox, K., Ribeiro, J., & Franklin, J. (2018). Psychosis as a risk factor for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine, 48*(5), 765-776. doi: 10.1017/S0033291717002136.
- Judd, F., Jackson, H., Komiti, A., Bell, R., & Fraser, C. (2012). The profile of suicide: changing or changeable? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services, 47*(1), 1-9, doi: 10.1007/s00127-010-0306-z
- Kiamanesh, P., Dyregrov, K., Haavind, H. & Dieserud, G. (2014). Suicide and perfectionism: a psychological autopsy study of non-clinical suicides. *Omega, Vol 69*(4), 381-399. doi: 10.2190/OM.69.4.c.
- Kjølseth, I. (2010). *Control in life- and in death: An understanding of suicide among the elderly* [Doktorgradsavhandling]. Institutt for medisinske basalfag, UIO.
- Knizek, B. L. & Hjelmeland, H. (2018). To die or not to die: a qualitative study of men's suicidality in Norway. *BMC Psychiatry, Vol 18*(1), doi: 10.1186/s12888-018-1843-3

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). Etik og intervjuundersøkelser. I Kvale, S., & Brinkmann, S. (Red.), *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utgave, s.95-111). Gyldendal Norsk Forlag AS
- Larsen, K., & Qin, P. (2018). Personales kjennskap og holdninger til retningslinjer og prosedyrer for selvmordsrisikovurdering i psykisk helsevern. *Tidsskriftet Suicidologi*, Vol 23 (3), 26-37. doi: <https://doi.org/10.5617/suicidologi.6768>
- Legevakthåndboka. (u.å.). *Suicidal atferd*. Hentet 14. april 2020 fra https://www.lvh.no/symptomer_og_sykdommer/psykiske_lidelser/selvord/suicidal_atferd
- McClelland, H., Evans, J. J., Nowland, R., Ferguson, E. & O'Connor, R. C. (2020). Loneliness as a predictor of suicidal ideation and behaviour: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Journal of Affective Disorders*, Vol 274(1), 880-896. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.004>
- Miller, A. B., Smythers, C. E. & Leichtweis, R. N. (2015). Role of social support in adolescent suicidal ideation and suicide attempts. *Adolesc Health*, Vol 56(3), 286-292. doi: [10.1016/j.jadohealth.2014.10.265](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.265)
- Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging [NSSF]. (2021, 3. februar). Fakta om selvmord. Hentet fra https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selvord-selvskading/nssf_fakta-om-selvord-2019_web.pdf
- Nielssen, O., Wallace, D., & Large, M. (2017). Pokorny's complaint: The insoluble problem of the overwhelming number of false positives generated by suicide risk assessment. *BJPsych bulletin*, Vol 41(1), 18-20. doi: [10.1192/pb.bp.115.053017](https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.053017)
- O'Connor, R. C., Platt, S., & Gordon, J. (Red.). (2011). *International handbook of suicide prevention Research, policy and practice*. Wiley Blackwell. doi: [10.1002/9781119998556](https://doi.org/10.1002/9781119998556)
- Olié, E., Jollant, F., Deverdun, J., de Champfleury, N. M., Cyprien, F., Le Bars, E., Mura, T., Bonafé, A., Courtet, P. (2017). The experience of social exclusion in women with a

history of suicidal acts: a neuroimaging study. *Scientific reports*, Vol 7(1), 98.
doi: 10.1038/s41598-017-00211-x

Paris, J. (2007). *Half in love with death: Managing the chronically suicidal patient*. New York, NY: Routledge. ISBN10: 0805860819

Rasmussen, M. L., Haavind, H., Dieserud, G. & Dyregrov, K. (2014). Exploring vulnerability to suicide in the developmental history of young men: a psychological autopsy study, *Death Studies*, Vol 38(6-10), 549-556. doi: 10.1080/07481187.2013.780113

Rasmussen, M. L., Haavind, H. & Dieserud, G. (2018). Young Men, Masculinities, and Suicide. *Archives of Suicide Research*, Vol 22(2), 327-343.
doi: 10.1080/13811118.2017.1340855

Rasmussen, M. L., Dyregrov, K., Haavind, H., Leenaars, A. A. & Dieserud, G. (2015). The Role of Self-Esteem in Suicide Among Young Men. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, Vol 77(3), 217-239. doi: 10.1177/0030222815601514

Regjeringen (2020a). *Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 14.04.2020 fra [Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025 \(PDF\)](#)

Regjeringen. (2020b, 18.juni). *Nullvisjon for selvmord i Norge*. Hentet 14.04.2020 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nullvisjon-for-selvmord-i-norge/id2714530/>

Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. (Rapport 2018). Oslo: Folkehelseinstituttet.

Roberts, K., Miller, M. & Azrael, D. (2019). Honor-Related Suicide in the United States: A Study of National Violent Death Reporting System Data. *Archives of Suicide Research*, 23, 34-46. doi: 10.1080/13811118.2017.1411299

Rossow, I. (2013). Sammenhenger mellom alkoholbruk og suicidal atferd på individnivå: en oversikt. *Suicidologi*, 18(3), 3-9, doi: 10.5617/suicidologi.2240

Safran, J. D., & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guildford Press.

- Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (Rapport 15-1511).
[Nasjonaleretningslinjerforselvmordsforebygging.pdf](#)
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-02-61).
Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Stangeland, T. (2019, 16. November). *I skyggen av selvmordsrisiko*. Hentet 14.04.2020 fra
<https://psykologisk.no/sp/2016/02/e3/>
- Strøm, M. S., Raknes, G. & Stene-Larsen, K. (2021, 10. juni). *Selv mord i dødsårsaksstatistikken*. Folkehelseinstituttet. Hentet 6. oktober 2021 fra
<https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/selv-mord-i-dodsarsaksstatistikken/>
- Tjora, A. (2017a). Intervjuing i praksis. I Tjora, A. (Red.) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utgave, s. 145-177). Gyldendal Norsk Forlag AS
- Tjora, A. (2017b). Kvalitative forskningsmetoder. I Tjora, A. (Red.) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utgave, s. 15-49). Gyldendal Norsk Forlag AS
- Tjora, A. (2017c). Dybdeintervjuer. I Tjora, A. (Red.) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utgave, s. 113-130). Gyldendal Norsk Forlag AS
- Tjora, A. (2017d). Forskningens kvalitet og framstilling. I Tjora, A. (Red.) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utgave, s. 231-253). Gyldendal Norsk Forlag AS
- Too, L. S., Spittal, M. J., Bugeja, L., Reifels, L., Butterworth, P. & Pirkis, J. (2019). The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies. *Journal of Affective Disorders, Vol 259(1)*, 302-313. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.054>
- Large, M., Kaneson, M., Myles, N., Myles, H., Pramudie, G. & Ryan, C. (2016). Meta-analysis of Longitudinal Cohort Studies of Suicide Risk Assessment among Psychiatric Patients Heterogeneity in Results and Lack of Improvement over Time. *PLoS One, Vol 11(6)*, doi: 10.1371/journal.pone.0156322.

- Larsen, K., & Qin, P. (2018). Personales kjennskap og holdninger til retningslinjer og prosedyrer for selvmordsrisikovurdering i psykisk helsevern. *Tidsskriftet Suicidologi*, Vol 23 (3), 26-37. doi: <https://doi.org/10.5617/suicidologi.6768>
- Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *American journal of psychiatry*, 160(4), 765-772.
- Walby, F. A., Myhre, M. Ø. & Kildahl, A. T. (2018). *1910 døde pasienter: Selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008-2015: En nasjonal registerstudie*. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling. Hentet fra www.uio.no/kartleggingssystemet
- White, J. (2016). Qualitative evidence in suicide ideation, attempts, and suicide prevention. I K. Olson, R.A. Young, I.Z. Schultz (Red.), *Handbook of qualitative health research for evidence-based practice*, 335-354. New York: Springer Science Business Media. doi: 10.1007/978-1-4939-2920-7_20
- Østlie, K. (2018). *Listening to suicidal patients in psychotherapy: How Therapeutic relationships may expand patients prospects for living their lives*. [Doktoravhandling, Universitetet i Oslo].



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK midt	Hilde Eikemo	73597508	28.01.2021	206700

Deres referanse:

Trond Nordfjærn

206700 Pasienters opplevelse av å bli kartlagt for selvmordsrisiko: en kvalitativ studie

Forskningsansvarlig: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Søker: Trond Nordfjærn

Søkers beskrivelse av formål:

Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan pasienter i den norske spesialisthelsetjenesten opplever å bli kartlagt i henhold til de nasjonale retningslinjene for selvmordsrisiko. For å besvare problemstillingen, vil vi gjennomføre en kvalitativ studie ved bruk av semistrukturerte intervjuer. Begrunnelsen for valg av kvalitativ metode er at hver enkelt informant skal få mulighet til å formidle sitt perspektiv, samt at dette vil kunne bidra til at vi oppnår en dypere og mer helhetlig forståelse av informantenes opplevelse tilknyttet tematikken. Utvalgte informanter er pasienter under pågående behandling i den norske spesialisthelsetjenesten, som er eller tidligere har vært kronisk suicidal. Med kronisk suicidal refererer vi til pasienter som mer eller mindre konstant har tilstedeværelse av selvmordstanker og/eller planer, og som følgelig vurderes å ha kontinuerlig forhøyet risiko for å gjennomføre selvmord. Vi mener at en slik studie vil kunne ha nytteverdi i form av å gi innblikk i pasienters opplevelse av å bli kartlagt i henhold til de nasjonale retningslinjene for selvmordsrisiko. En slik forståelse vil videre kunne bidra til å løfte frem pasientenes synspunkt på hvordan standardisert kartlegging av selvmordsrisiko kan være fordelaktig eller ufordelaktig under behandling. En slik studie vil kunne ha implikasjoner for klinikere i henhold til hvordan selvmordskartlegging bør gjennomføres i klinisk praksis, og hvilke hensyn som bør tas når suicidalitet tematiseres i møte mellom pasient og behandler.

REKs vurdering

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge (REK midt) i møtet 13.01.2021. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Inhabilitet

Rådgiver i sekretariatet, Magnus Alm, ble vurdert som inhabil og deltok derfor ikke i vurderingen av saken.

Komiteens prosjektsammendrag

Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan pasienter i den norske spesialisthelsetjenesten opplever å bli kartlagt i henhold til de nasjonale retningslinjene for selvmordsrisiko. Data skal innhentes via semistrukturerte intervjuer og et kort spørreskjema. Utvalget er fem til ti pasienter under pågående behandling i den norske spesialisthelsetjenesten, som er eller tidligere har vært kronisk suicidal. Studien er samtykkebasert.

Helseforskningslovens saklige virkeområde

Komiteen diskuterte om prosjektet er omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde, jf. § 2. Det skal ikke stilles spørsmål direkte om deltakernes helse, men det er sannsynlig at helseopplysninger vil fremkomme i intervjuene. Tatt i betraktning at utvalget også er en sårbar gruppe, mener komiteen det vil være en fordel for deltakerne med en forskningsetisk vurdering. Prosjektet ble derfor tatt til vurdering.

Forsvarlighet

Komiteen har vurdert søknad, forskningsprotokoll, målsetting og plan for gjennomføring. Deltakerne i prosjektet er alle i en pågående behandlingssituasjon, og blir fulgt opp av spesialisthelsetjenesten. Selv om deltakelse kan innebære en viss risiko, vil deltakerne være godt ivaretatt og risikoen fremstår derfor som akseptabel. Vi har noen kommentarer knyttet til informasjonsskrivet, men under forutsetning av at vilkårene nedenfor tas til følge vurderer REK at prosjektet er forsvarlig og at hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt.

Informasjon til deltakerne

For at informasjonsskrivet til deltakerne skal være lettest mulig å lese og forstå ber vi om følgende endringer:

- a. I innledning står det tre ganger hvorfor man spørres om deltakelse. Vi ber deg forkorte teksten.
- b. I «Hva skjer med opplysningene om deg?» står det uklart om anonymitet. Vi ber deg skrive at alle resultater fra forskningsprosjektet skal publiseres på en slik måte at enkeltpersoner ikke kan gjenkjennes.
- c. Du må datere skrivet må og sette inn versjonsnummer.

Du har i tillegg lagt opp til at behandlerne skal samtykke. Komiteen mener at slik samtykket er formulert innebærer dette en uheldig ansvarsoverføring. Vi ber deg derfor om å ikke be behandlerne signere et samtykke.

Prosjektvarighet

I søknadsskjemaet har dere oppgitt en prosjektperiode mellom 01.01.2021 og 01.03.2022. Komiteen gjør oppmerksom på at prosjektperioden skal omfatte hele tidsrommet dere behandler data, dvs. innsamling, bruk/analysering og publisering. Etter prosjektperioden skal data lagres utelukkende av kontrollhensyn, jf. vilkår 5 under. I lys av det fremstår prosjektperioden som noe kort. Vi minner derfor om at dere må søke om forlengelse dersom dere ikke er ferdig før sluttdato inntreffer.

Vilkår for godkjenning

1. Du må sende oss revidert informasjonsskriv via REK-portalen. Du kan ikke ta skrevet i bruk før vi har bekreftet at det er endret i samsvar med våre merknader.
2. Komiteen forutsetter at ingen personidentifiserbare opplysninger kan framkomme ved publisering eller annen offentliggjøring.
3. Komiteen forutsetter at du og alle prosjektmedarbeiderne følger egen institusjons bestemmelser for å ivareta informasjonssikkerhet og personvern ved innsamling, bruk, oppbevaring, deling og utlevering av personopplysninger. Bestemmelsene må være i samsvar med REKs vilkår for godkjenning.
4. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene oppbevares i fem år etter prosjektslutt. Enhver tilgang til prosjektdataene skal da være knyttet til behovet for etterkontroll. Prosjektdata vil således ikke være tilgjengelig for prosjektet. Prosjektleder og forskningsansvarlig institusjon er ansvarlige for at opplysningene oppbevares indirekte personidentifiserbart i denne perioden, dvs. atskilt i en nøkkel- og en datafil. Etter denne femårsperioden skal opplysningene slettes eller anonymiseres. Komiteen gjør oppmerksom på at anonymisering er mer omfattende enn å kun slette koblingsnøkkelen, jf. Datatilsynets veileder om anonymiseringsteknikker.

Vedtak

Godkjent med vilkår

Med vennlig hilsen

Vibeke Videm
Professor, dr.med.
Leder, REK midt

Hilde Eikemo
Sekretariatsleder, ph.d.
REK midt

Sluttmelding

Søker skal sende sluttmelding til REK midt på eget skjema senest seks måneder etter godkjenningsperioden er utløpt, jf. hfl. § 12. Dersom prosjektet ikke igangsettes eller gjennomføres skal prosjektleder også sende melding om dette via sluttmeldingsskjemaet.

Søknad om å foreta vesentlige endringer

Dersom man ønsker å foreta vesentlige endringer i forhold til formål, metode, tidsløp eller organisering, skal søknad sendes til den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk som har gitt forhåndsgodkjenning. Søknaden skal beskrive hvilke endringer som ønskes foretatt og begrunnelsen for disse, jf. hfl. § 11.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering.



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK midt	Hilde Eikemo	73597508	19.05.2021	206700

Trond Nordfjærn

Prosjektsøknad: Pasienters opplevelse av å bli kartlagt for selvmordsrisiko: en kvalitativ studie

Søknadsnummer: 206700

Forskningsansvarlig institusjon: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Prosjektsøknad: Endring godkjennes av REK

Søkers beskrivelse

Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan pasienter i den norske spesialisthelsetjenesten opplever å bli kartlagt i henhold til de nasjonale retningslinjene for selvmordsrisiko. For å besvare problemstillingen, vil vi gjennomføre en kvalitativ studie ved bruk av semistrukturerte intervjuer. Begrunnelsen for valg av kvalitativ metode er at hver enkelt informant skal få mulighet til å formidle sitt perspektiv, samt at dette vil kunne bidra til at vi oppnår en dypere og mer helhetlig forståelse av informantenes opplevelse tilknyttet tematikken. Utvalgte informanter er pasienter under pågående behandling i den norske spesialisthelsetjenesten, som er eller tidligere har vært kronisk suicidal. Med kronisk suicidal refererer vi til pasienter som mer eller mindre konstant har tilstedeværelse av selvmordstanker og/eller planer, og som følgelig vurderes å ha kontinuerlig forhøyet risiko for å gjennomføre selvmord. Vi mener at en slik studie vil kunne ha nytteverdi i form av å gi innblikk i pasienters opplevelse av å bli kartlagt i henhold til de nasjonale retningslinjene for selvmordsrisiko. En slik forståelse vil videre kunne bidra til å løfte frem pasientenes synspunkt på hvordan standardisert kartlegging av selvmordsrisiko kan være fordelaktig eller ufordelaktig under behandling. En slik studie vil kunne ha implikasjoner for klinikere i henhold til hvordan selvmordskartlegging bør gjennomføres i klinisk praksis, og hvilke hensyn som bør tas når suicidalitet tematiseres i møte mellom pasient og behandler.

Vi viser til endringsøknad mottatt 11.05.2021.

Søknaden er vurdert på fullmakt av komiteens sekretariatsleder, med hjemmel i helseforskningsloven § 11 og forskrift om behandling av etikk og redelighet i forskning § 10 annet ledd.

REKs vurdering

Omsøkte endringer

Du har søkt om følgende endringer: *På grunn av utfordringer knyttet til COVID-19 og rekruttering vil Østmarka St.Olavs Hospital forespørres om deltagelse i studien.*

Forsvarlighetsvurdering

Rekrutteringen har vært mer utfordrende enn forutsett. Det vil derfor rekrutteres ved flere institusjoner, uten å gjøre endringer i forskningsformål, utvalg, datagrunnlag eller annet. REK kan ikke se at endringen reiser nye forskningsetiske spørsmål. Vi tar oppdatert protokoll (v3) til orientering.

Vedtak

Godkjent

Sluttmelding

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK på eget skjema via REK-portalen senest 6 måneder etter sluttdato 01.03.2022, jf. helseforskningsloven § 12. Dersom prosjektet ikke starter opp eller gjennomføres meldes dette også via skjemaet for sluttmelding.

Søknad om endring

Dersom man ønsker å foreta vesentlige endringer i formål, metode, tidsløp eller organisering må prosjektleder sende søknad om endring via portalen på eget skjema til REK, jf. helseforskningsloven § 11.

Klageadgang

Du kan klage på REKs vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes på eget skjema via REK portalen. Klagefristen er tre uker fra du mottar av dette brevet. Dersom REK opprettholder vedtaket, sender REK klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering, jf. forskningsetikkloven § 10 og helseforskningsloven § 10.

Med vennlig hilsen

Hilde Eikemo

Sekretariatsleder, ph.d.

REK midt

Kopi til:

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Anne Engen Andersen

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Vurdering

Referansenummer

979870

Prosjekttittel

Pasienters opplevelse av å bli kartlagt for selvmordsrisiko: en kvalitativ studie

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap (SU) /
Institutt for psykologi

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Trond Nordfjærn , trond.nordfjarn@ntnu.no, tlf: 95934766

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Elisabeth Overvoll Hole , elisabeth.overvoll.hole@gmail.com , tlf: 90409395

Prosjektperiode

01.01.2021 - 01.03.2022

Vurdering (2)

20.05.2021 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 19.05.2021.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 20.05.2021. Behandlingen kan fortsette.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

05.02.2021 - Vurdert

Prosjektet er vurdert og godkjent etter helseforskningsloven § 10 av REK midt i vedtak av 28.01.2021, deres referanse 206700 (se under Tillatelser).

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 05.02.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>
Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.03.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17) og begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Ina Nepstad
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET «Pasienters opplevelse av å bli kartlagt for selvmordsrisiko»?

FORMÅL MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt som skal undersøke hvordan pasienter som er under pågående behandling i psykisk helsevern, opplever å bli kartlagt og vurdert i henhold til selvmordsrisiko. Formålet med studien er å oppnå kunnskap om hvordan du som pasient erfarer og opplever det å bli stilt spørsmål om selvmordstanker, samt hvordan du opplever at dine selvmordstanker blir håndtert og tematisert i terapirommet. Ved å delta i denne studien bidrar du til å gi økt kunnskap om hva som kan være viktig for en pasient med selvmordsproblematikk i møte med sin(e) behandler(e).

HVA INNEBÆRER DETTE PROSJEKTET FOR DEG?

Prosjektet innebærer at du som informant blir intervjuet om dine erfaringer og opplevelser med å bli kartlagt og vurdert i henhold til selvmordsrisiko. Du vil bli intervjuet av én eller to psykologstudenter som er på sitt femte studieår. Intervjuet har en varighet på ca. 1 time, med innlagte pauser ved behov. Det blir benyttet lydopptak under intervjuet. Du vil også bli bedt om å fylle ut et kort skjema som omhandler bakgrunnsopplysninger som kjønn, din alder og tiden du har vært i behandling i psykisk helsevern.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER VED Å DELTA I STUDIEN

Ved å samtykke til deltakelse i denne studien får du som pasient en mulighet til å formidle hvordan du personlig opplever det å bli kartlagt og vurdert i henhold til selvmordsrisiko. Med andre ord får du som pasient mulighet til å formidle hvordan du opplever å bli stilt spørsmål om selvmordstanker, samt hvordan du opplever at selvmordstematikk blir tematisert og håndtert i møte med behandler. Studien kan få nytteverdi for deg som pasient, ved at du gir klinikere økt

innblikk i hvilke hensyn de potensielt bør ta når de gjennomfører en selvmordsrisikokartlegging, samt hva som kan oppleves viktig for en pasient at tas i betraktning når selvmordsproblematikk tematiseres i møte mellom pasient og behandler.

Det å snakke om selvmordstanker og selvmordsplaner, samt andre aspekter ved selvmordsproblematikk kan for enkelte oppleves å være et sårbart tema. Hvis du skulle erfare at enkelte av spørsmålene du blir stilt i intervjuet skaper negative opplevelser hos deg, vil dette bli tatt hensyn til i form av oppfølging i etterkant, dersom du skulle ha behov for dette. Du som informant kan om ønskelig ta kontakt med prosjektveileder for videre rådgivning. Du er ikke påkrevd å svare på spørsmål du ikke ønsker å svare på i intervjuet.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg eller din behandling hvis du ikke vil delta eller senere ønsker å trekke deg. Dersom du trekker tilbake ditt samtykke, vil det ikke forskes videre på dine helseopplysninger. Du kan også kreve at dine helseopplysninger i prosjektet slettes eller utleveres innen 30 dager. Adgangen til å kreve sletting eller utlevering gjelder ikke dersom materialet eller opplysningene er anonymisert eller publisert. Denne adgangen kan også begrenses dersom opplysningene er inngått i utførte analyser.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder Trond Nordfjærn (trond.nordfjarn@ntnu.no). Du kan også kontakte intervjuer Anne Engen Andersen (anneea@stud.ntnu.no) eller Elisabeth O. Hole (elisaboh@stud.ntnu.no).

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet, og planlegges brukt til mai 2022. Eventuelle utvidelser i bruk og oppbevaringstid kan kun skje etter godkjenning fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og andre relevante myndigheter. Resultatene av undersøkelsen vil bli publisert som en hovedoppgave. Alle resultatene fra forskningsprosjektet skal publiseres på en slik måte at enkeltpersoner ikke kan gjenkjennes. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenkende opplysninger (=kodete opplysninger). En kode knytter deg til dine opplysninger

gjennom en navneliste. Det er kun psykologstudentene som gjennomfører prosjektet, henholdsvis Anne Engen Andersen og Elisabeth Overvoll Hole som har tilgang til denne listen. Opplysningene om deg vil bli oppbevart i fem år etter prosjektslutt av kontrollhensyn. Det vil imidlertid tas høyde for at dersom det skulle oppstå informasjon under intervjuet som vurderes å utgjøre en fare for ditt liv og helse, vil hensyn til anonymisering bli vurdert i forhold til opplysningenes alvorlighetsgrad.

GODKJENNINGER

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) har gjort en forskningsetisk vurdering og godkjent prosjektet (206700).

Psykologisk institutt ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) og prosjektleder Trond Nordfjærn er ansvarlig for personvernet i prosjektet. På oppdrag fra NTNU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å reservere deg, kan du ta kontakt med prosjektleder Trond Nordfjærn (trond.nordfjarn@ntnu.no). Du kan også kontakte intervjuer Anne Engen Andersen (anneea@stud.ntnu.no) eller Elisabeth O. Hole (elisaboh@stud.ntnu.no).

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved institusjonen: thomas.helgesen@ntnu.no

Datatilsynets e-postadresse er: postkasse@datatilsynet.no

JEG SAMTYKKER HERVED TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGER
BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet.

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet



«Pasienters opplevelse av å bli kartlagt for selvmordsrisiko»

Informasjon om prosjektet til behandlere:

Prosjektet gjennomføres av to 5. års psykologstudenter, ved profesjonsstudiet i psykologi (NTNU), henholdsvis Anne Engen Andersen og Elisabeth Overvoll Hole.

Psykologisk institutt ved NTNU og professor i psykologi, Trond Nordfjærn, er ansvarlig for personvernet i prosjektet. Psykologspesialist Gunnar Hays Gotaas er veileder.

Prosjektet er godkjent av REK og NSD

REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) og NSD (Norsk senter for forskningsdata) har gjort en forskningsetisk vurdering og godkjent prosjektet.

Formål:

Formålet med studien er å undersøke hvordan pasienter under pågående behandling i psykisk helsevern, opplever å bli kartlagt for selvmordsrisiko, i henhold til nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern.

Gjennomføring

Det vil bli gjennomført individuelle semistrukturerte intervjuer, hvor spørsmålene er forhåndsbestemt og hvor de samme spørsmålene blir stilt i samme rekkefølge til samtlige pasienter. Oppfølgingsspørsmål vil bli stilt ut fra hva den aktuelle pasienten forteller, og følgelig vil intervjuet til en viss grad formes ut fra pasientens svar. Intervjuene vil ha en varighet på inntil 60 minutter, og utføres ved akuttposten avdeling Østmarka. Det vil bli benyttet ekstern lydopptaker under intervjuet.

Pasienter

Vi ønsker rekruttere **5-10 pasienter** over **18 år**, og helst av **begge kjønn**. Ønsker i hovedsak å intervju pasienter som er eller tidligere har vært kronisk suicidale. Med **kronisk suicidal** refererer vi til pasienter nå eller tidligere har vært langvarig plaget med suicidale tanker og/eller planer over noe tid, og som følgelig vurderes å ha forhøyet risiko for å gjennomføre selvmord.

I de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern er «kronisk suicidalitet» beskrevet følgende: “Hos noen få pasienter kan selvmordstanker og planer være mer eller mindre konstante. Disse kan i tillegg ha et repeterende selvdestruktivt handlingsmønster, gjerne med selvskading og/eller selvmordsforsøk”.

Studien ønsker å inkludere pasienter som har eller tidligere har hatt mer eller mindre konstant tilstedeværelse av selvmordstanker og/eller planer. Selvmordstanker og/eller planer bør ha vært tilstede hos pasienten utover flere måneder og/eller år. Pasienter med ett selvdestruktivt handlingsmønster, f.eks. selvskading eller selvmordsforsøk, inkluderes dersom de uttrykker tidligere eller pågående selvmordstanker. Pasienter med vedvarende selvdestruktivt handlingsmønster, som **ikke** uttrykker selvmordstanker eller planer (temporær suicidal intensjon), ekskluderes.

Oppsummering:

Inklusjonskriterier

- Pasienten må være over 18 år.
- Begge kjønn inkluderes.
- Pasienten må være samtykkekompetent.
- Pasienten må snakke norsk eller engelsk.
- Pasienten må ha eller tidligere ha vært langvarig plaget med suicidale tanker og/eller planer over noe tid, og følgelig vurderes å ha forhøyet risiko for å gjennomføre selvmord.
- Selvmordstanker/planer må ha vedvart over flere måneder eller år.
- Pasienter med rusavhengighet / skadelig misbruk inkluderes, men kan ikke være affisert i den grad at de ikke kan følge protokollen.
- Pasienter med ett selvdestruktivt handlingsmønster, f.eks. selvskading eller selvmordsforsøk, som uttrykker tidligere eller pågående selvmordstanker.

Eksklusjonskriterier

- Pasienter med affisert organisk cerebrale lidelser av en slik grad at de ikke kan følge protokollen.
- Pasienter med psykisk utviklingshemming.

- Pasienter som er førstegangsinnlagt, og som aldri har vært i behandling ved psykisk helsevern tidligere (f.eks. ved DPS).

Praktisk gjennomføring

Behandlerne (spesialist) ved avdelingen vil ved pasientens innkomst vurdere hvorvidt pasienten er aktuell for deltakelse i studien. Behandlerne vil motta et informasjonsskriv, som de videreformidler til de aktuelle pasientene. Behandler innhenter direkte samtykke fra pasienten, og kontakter undertegnede per tlf for å informere om aktuell pasient, samt hvilket tun pasienten tilhører. Psykologstudenter kontakter tunet, avtaler tidspunkt for gjennomføring og booking av rom, via miljøpersonalet.

For å gi informasjon til psykologstudentene om aktuelle pasienter, kan behandler ringe:

- **Anne Engen Andersen:** 473 93 985
- **Elisabeth Overvoll Hole:** 904 09 395

Nytteverdi av studien

Vi mener studien vil kunne ha nytteverdi i form av å gi behandlerne innblikk i hvordan deres pasienter opplever å bli kartlagt for selvmordsrisiko, i henhold til de nasjonale retningslinjene. Studien vil videre kunne bidra til å løfte frem pasientenes perspektiver på hvordan standardisert kartlegging av selvmordsrisiko kan være fordelaktig eller ufordelaktig under behandling. Samtidig vil studien kunne ha implikasjoner for klinikere i henhold til hvordan en selvmordskartlegging bør gjennomføres i klinisk praksis, og hvilke hensyn som bør tas når suicidalitet tematiseres i møte mellom pasient og behandler.

Mvh. Elisabeth Hole & Anne Engen Andersen

Ved spørsmål eller andre henvendelser, ta kontakt på tlf. 90409395 / 47393985

Intervjuguide

Introduksjon

Intervjuguiden består av to overordnede spørsmålskategorier. Den første kategorien har som hensikt å utforske informantenes erfaringer og opplevelser med å bli kartlagt i henhold til suicidalitet. Sistnevnte tema ønsker å se på informantenes opplevelse av hvordan suicidalitet tematiseres i terapirommet. Intervjuguiden består av seks overordnede spørsmål, med ni tilhørende underspørsmål.

Gjennomføring av intervjuer

Det overordnede formålet med studien er å oppnå en bedre forståelse av pasienters erfaringer og opplevelser med å bli kartlagt i henhold til de nasjonale retningslinjene for selvmordsrisiko. Informert samtykke innhentes i forkant av intervjuet. Anslått varighet av intervjuer er ca. én time, med innlagte pauser ved behov. Lydopptak blir benyttet under intervjuet.

Tema 1: Erfaringer og opplevelse med suicidkartlegging

- Kan du fortelle om dine erfaringer med å bli stilt spørsmål om selvmordstanker av behandler(e)?
 - Når har behandleren(e) din stilt deg spørsmål om selvmordstanker?
 - Opplever du at behandler stiller spørsmål om selvmordstanker hvor dette er relevant?
- Hvordan opplever du at behandler(e) stiller deg spørsmål om selvmordstanker?
- Hvordan opplever du *måten* behandleren stiller deg spørsmål om selvmordstanker på?
 - Opplever du *forskjeller* i hvordan behandler(e) stiller spørsmål om selvmordstanker ?
 - Hva opplever du eventuelt som forskjellig i *måten* behandler(e) stiller spørsmål på?
 - Har *måten* behandleren stiller spørsmål om selvmordstanker på betydning for hva du svarer?
 - Påvirker *måten* behandleren stiller spørsmål om selvmordstanker på din relasjon til behandleren(e)? (evt. på hvilken måte)

Tema 2: Tematisering av suicidalitet i terapirommet

- I hvilken grad opplever du at du får snakket om dine selvmordstanker med behandler(e)?
 - I hvilken grad føler du behandler(e) legger til rette for dette? Og på hvilken måte?
- I hvilken grad opplever du at du har fått snakket om *årsakene* til dine selvmordstanker?
- Er det viktig for deg å få snakke om dine selvmordstanker med behandler(e)?
 - Hvorfor/hvorfor ikke er det viktig for deg å få snakke om dine selvmordstanker?
 - Hva er det eventuelt som er viktig for deg å få snakket om?
 - Har du noen gode eller dårlige erfaringer med å snakke om dine selvmordstanker med din behandler? (eksemplifiser; f.eks. hva kjennetegnet den gode/dårlige samtalen).
- Hvilken respons opplever du at du får fra din behandler(e) når du forteller om eventuelle selvmordstanker?
 - Hvordan opplever du at terapeuten lytter til det du har å si?
 - Hvordan “flyter” samtalen?

Avslutningsspørsmål:

- Avslutningsvis, er det noen aspekter du ønsker å trekke frem som vi ikke har tematisert i intervjuet?

I etterkant av intervjuet

Dersom informanten opplever utfordringer knyttet til intervjusituasjon og eller intervjuets tematikk, vil pasientens nåværende behandler følge opp dette videre som spesifisert i samtykkeskjemaet. Informantene kan også om ønskelig ta kontakt med veileder / prosjektleder for videre rådgivning.

Bakgrunnsopplysninger

1. Hvor gammel er du?

- 16-25
- 26-35
- 36-40
- 41-45
- 46-55
- 56-60
- 61-70

2. Kjønn (sett kryss)

- Mann
- Kvinne

Behandlingserfaringer

3. Hvor mange perioder har du vært under behandling i psykisk helsevern?

- Èn gang
- To-tre ganger
- Tre eller flere ganger

Spesifiser antallet behandlingsforløp: _____

4. Hvor mange forskjellige behandlere innenfor psykisk helsevern har du møtt og hatt samtaler med?

- 1
- 2-3
- 4-5
- Mer enn fem

Spesifiser antallet behandlere: _____

5. Ta utgangspunkt i behandlingsløpet du nå gjennomgår. Over hvor lang tid har du per nå vært i behandling?

- Mindre enn én måned
- 1-3 måneder
- 4-6 måneder
- 7-12 måneder
- Mer enn 1 år

Spesifiser hvor lenge: _____