

# Kronisk suicidalitet på somatisk avdeling: Perspektiver fra helsepersonell

Annelin Festervoll

Bacheloroppgave i psykologi

Veiledere UiS: Liss Gøril Anda-Ågotnes og Petter Viksveen

Veileder SUS: Anne Katrine Bergland

Stavanger, 29. April 2024

Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Institutt for sosialfag



---

Universitetet  
i Stavanger

Wordcount: 8151

## Et svært takknemlig forord

Dette prosjektet har vært en skikkelig “wild ride” av en oppgave, som har vokst seg større enn en “vanlig” bacheloroppgave. Dette er mitt bidrag til selvmordsforskningen, og noe jeg håper kan være av betydning for feltet. Jeg vil hvert fall jobbe videre med dette fremover.

Jeg må rette en stor takk til alle i prosjektgruppen. Liss har ikke bare bidratt med konkrete innspill som har styrket oppgaven på flere punkter, men hun har også bidratt med emosjonell støtte når studentlivet ble svimlende vanskelig å sjonglere med alle de ballene jeg hadde i luften. Petter har bidratt med et engasjement som har gitt meg en enorm drivkraft, og selv om du måtte prioritere annerledes de siste månedene før innlevering, har dine innspill likevel vært svært betydningsfulle. Og Anne Katrine som har gjort dette prosjektet mulig, har vært den som viste meg betydningen av å undersøke helsepersonell i somatikken sine opplevelser i møte med kronisk suicidalitet. Så takk til dere alle, for engasjement, støtte og gode diskusjoner. Dere er virkelig noen helter!

Jeg vil også takke alle mine kollegaer i TIPS, selv om de egentlig ikke har noe med denne oppgaven å gjøre. Det å kunne sitte på kontoret å skrive på oppgaven omgitt av kloke mennesker med arbeidserfaring i psykisk helsevern har gitt utallige gode diskusjoner. Mest av alt takk til Wenche og Jonny for å ha vist så mye engasjement for tematikken. Takk til Kine for å gi grønt lys i å bruke kontoret til skrivingen. Og en (litt spesiell) takk til Elisabeth får lån av sin personlige DSM-bok. Å spise lunsj med TIPS-gjengen har gitt meg et etterlengtet pust i bakken og mye latter, spesielt de dagene jeg trengte en pause fra selvmordshistorier og selvskadingseksempler. Takk skal dere ha!

*Til alle med selvmordsproblematikk:* Hold ut. Ditt liv er verdig, uavhengig av helsevesenets mangler eller kompetanse. Finn styrke, og finn hjelp og støtte. Det skal fikse seg!

*Og til alle informantene:* Jeg må bare takke for at dere åpnet opp om hvordan det er på innsiden, med en som er på utsiden. Jeg er så ufattelig ydmyk over hvor krevende deres arbeidshverdag kan være. Og jeg er helt sikker på at dere prøver deres beste med det som er tilgjengelig.

Ellers vil jeg takke familie og venner, som ikke alltid forstår hva jeg driver med (eller hvorfor), men som støtter meg likevel.

Takk!

## English abstract

**Background:** Patients with chronic suicidality and borderline personality disorder (BPD), are said to not profit from admission to a psychiatric inpatient stay. However, in some cases the patient is in need of somatic care after self-harm or suicide attempt(s), even though the patient refuses or expels ambivalence to this. The healthcare professionals (HCP) in general hospitals are then responsible for both the psychiatric and somatic care when these patients are admitted to hospital.

**Objectives:** This project aims to investigate HCP in general hospital perspectives on their own special knowledge (competence) about the treatment given to patients with chronic suicidality. The study wants to contribute to new knowledge that could enhance the feeling of safety in the workplace and increase patient-safety.

**Methods:** The objectives were investigated through qualitative methods. A semi-structured interview guide with open-ended questions was utilized. The data was analyzed using systematic text condensation (STC).

**Results:** Four major themes emerged from the data: 1) Ethical dilemmas, 2) Challenges in collaborating with psychiatric unit, 3) Handling suicidality in general hospital, and 4) Powerlessness and coping strategies. Based on the findings a conceptualization of the different factors affecting treatment of chronic suicidality in general hospital was developed.

**Clinical implications:** There is a great need for more research on chronic suicidality, BPD and other psychiatric illnesses in general hospitals. This study shows that HCPs want to care for the patients but do not have the right surroundings, the right legal tools or enough competence to feel comfortable in doing so.

*Keywords:* Chronic suicidality, suicide attempts, self-harm, borderline personality disorder, general hospital, health care professionals

## Innholdsfortegnelse

Et svært takknemlig forord .....	2
English abstract .....	3
Innholdsfortegnelse .....	4
Bakgrunn.....	5
Begrepsavklaring .....	5
<i>Kronisk suicidalitet</i> .....	5
<i>Suicidal atferd og villet egenskade</i> .....	6
Tidligere forskning på selvmordsproblematikk i somatiske enheter .....	6
Tilgjengelig lovverk for behandlingen av villet egenskade i somatiske helsetjenester .....	7
Helsepersonells opplevelse av suicidalitets pasienter .....	8
Nasjonale retningslinjer knyttet til selvmord og villet egenskade .....	8
Kunnskapsmangler om suicidalitet i somatiske avdelinger .....	9
Formål og problemstilling .....	10
Metode.....	10
Valg av metode .....	10
Egen forforståelse .....	10
Utvalgsriterier og rekruttering .....	11
Utvalget .....	11
Intervjuguide.....	12
Gjennomføring av intervjuene.....	12
Transskribering.....	12
Analyse: Systematisk tekstkondensering (STC) .....	13
<i>Totalinntrykk – fra kaos til temaer</i> .....	13
<i>Identifisere og sortere meningsenheter – fra tema til koder</i> .....	14
<i>Kondensering – fra kode til mening</i> .....	14
<i>Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper</i> .....	15
Forskningsetiske vurderinger .....	15
<i>Anonymitet og informert samtykke</i> .....	15
<i>Personvern</i> .....	15

<i>Pasientsensitiv informasjon</i> .....	16
Resultater .....	16
Etiske dilemma .....	17
1. <i>Tvangbruk</i> .....	17
2. <i>Lovverket</i> .....	18
Krevende samarbeid mellom somatikk og psykiatri .....	19
Håndtering av suicidalitet i somatikk .....	20
1. <i>Manglende faglig retning</i> .....	21
2. <i>Usikkerhet i behandlingsrelasjonen</i> .....	22
3. <i>Ressursfordeling av tid og personell</i> .....	22
Maktesløshet og mestringsstrategier .....	23
1. <i>Negative følelsesreaksjoner</i> .....	23
2. <i>Mestringsstrategier</i> .....	24
Diskusjon .....	25
Etiske vurderinger i somatisk kontekst .....	25
Håndtering av suicidalitet i somatiske enheter .....	26
Stigma og holdninger ovenfor pasienter med BPD .....	27
Svakheter ved studien .....	28
Videre forskning og kliniske implikasjoner .....	29
Litteraturliste .....	29
Vedlegg .....	34

## Bakgrunn

### Begrepsavklaring

#### *Kronisk suicidalitet*

Suicidalitet (eng. “suicidality”) er en paraplybetegnelse som omhandler risikoen for selvmord, gjennom tanker, planer eller handlinger knyttet til å ta sitt eget liv (American Psychological Association, u.å.). Innen selvmordsforskningen både nasjonalt og internasjonalt er det flere begreper som omfatter suicidalitet, deriblant kronisk suicidalitet. Pasienter med kronisk suicidalitet har et mer eller mindre konstant uttrykk av selvmordstanker og –planer (Helsedirektoratet, 2024). Disse kan også ha “et repeterende destruktivt handlingsmønster”,

og voksne med denne type utfordring har gjerne diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (BPD). Samtidig rusmiddelmissbruk og tidligere traumatiserende hendelser kan også være til stede hos denne gruppen (Helsedirektoratet, 2024).

I forberedelsen av prosjektet ble pasientgruppen definert som pasienter med gjentatte innleggelses i somatikk grunnet selvskading, eller selvmordsforsøk. Gjerne knyttet til ustabile følelser, emosjonsregulering og ambivalens i suicidaliteten eller til behandlingen. Det ble ikke presisert at pasientene måtte ha en spesifikk diagnose (som BPD), men at denne diagnosen kunne forekomme.

### *Suicidal atferd og villet egenskade*

Suicidalitet rommer flere begreper som kan være nyttige å skille fra hverandre. Suicidal atferd er et av disse, som defineres som ikke-dødelige selvmordstanker og -atferd (Nock et al., 2008). Innenfor suicidal atferd kan det defineres tre kategorier: selvmordstanker, selvmordsplaner og selvmordsforsøk (Nock et al., 2008). Begrepet villet egenskade innebærer både selvmordsforsøk og selvskading, og defineres som “bevisst og villet skade en person påfører seg med eller uten hensikt å dø.” (Smedslund et al., 2016). Man skiller mellom ikke-suicidal selvskading (Eng. “Non-suicidal self-injury”) og selvskading med suicidal intensjon/selvmordsforsøk (Eng. “Suicide attempt”).

## Tidligere forskning på selvmordsproblematikk i somatiske enheter

I Norge dør rundt 650 personer av selvmord hvert år (Stene-Larsen et al., 2022). Flere av disse har vært i kontakt med psykisk helsevern året før selvmordet (Walby et al., 2022). Noen av disse har hatt hyppigere kontakt enn andre, og noen har et vedvarende destruktivt atferdsmønster som innebærer selvskading og selvmordsforsøk. Pasientgruppen med et vedvarende selvdestruktivt atferdsmønster, blir ofte omtalt med “kronisk suicidalitet”. Disse kan være storforbrukere av andre etater enn helsetjenesten, som polititjenesten (Ukom, 2024). Kronisk suicidalitet knyttes til diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (ICD-10), også kjent som “Borderline Personlighetsforstyrrelse” (BPD) i DSM-5, som kjennetegnes av et vedvarende mønster av ustabilitet i relasjoner til andre, i eget selvilde, og med sine egne emosjoner (American Psychiatric Association, 2013). Et av diagnosekriteriene slik den forekommer i DSM-V er tilbakevendende suicidal atferd, gester og/eller trusler, eller selvskading (American Psychiatric Association, 2013). Det er rapportert at stigma er knyttet

til “merkelappen” diagnosen bringer med seg, og flere av pasientene med BPD opplever det vanskelig å motta hjelp i helsetjenesten (NICE, 2009). I Norge er det ikke tilstrekkelig kartlagt i hvilken grad helseforetakene har prosedyrer for selvmordsforebygging og selvmordsrisikovurderinger i den somatiske helsetjenesten (Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord, 2020). Selv om vi vet at flere av pasientene med kronisk suicidalitet ofte legges inn i somatikken på grunn av selvmordsforsøk og villet egenskade (Qin et al., 2022; Mellesdal, 2014; Gunnell et al., 2008), er det lite forskning, intervensjonsmetoder og retningslinjer på behandlingen av disse i somatiske enheter.

## Tilgjengelig lovverk for behandlingen av villet egenskade i somatiske helsetjenester

Det er andre lovverk som regulerer helsehjelpen som kan tilbys i somatiske avdelinger enn i psykisk helsevern som har et eget lovverk. Loven om psykisk helsevern inneholder tydelige føringer for tvangsinnleggelse (§3.2 og §3.3), tvangsbehandling (§4-4 og §4-4a), skjerming (§4-3) og bruk av tvangsmidler (§4-8) m.m. (Psykisk helsevernloven, 1999). Det er tydelig beskrevet hvem som kan tvangsbehandles og hvordan, samt hvordan man går frem for dette, og med hvilke vedtak. I tillegg er kontrollkommisjonen et lovfestet organ for pasientenes rettsikkerhet (Psykisk helsevernloven, 1999, §6-1 til §6-5.).

I somatikken er det færre føringer på hvordan man skal hjelpe pasienter med psykiatriske problemstillinger når disse trenger somatisk helsehjelp. Per nå har somatisk helsepersonell kun helsepersonelloven §7 “øyeblikkelig hjelp” å bruke som en tvangsparagraf når helsehjelpen er vurdert som “påtrengende nødvendig” (Helsepersonelloven, 1999, §7). Dette kan være livreddende helsehjelp når pasienten motsetter seg dette. I tillegg gjelder straffeloven §17 “nødrett” og §18 “nødverge”. Hvor nødretten gir rom for at ulovlige handlinger er lovlige når handlingen blir foretatt for å redde liv eller helse (Straffeloven, 2005, §17). Nødverge er en handling som ellers ville vært straffbar som blir lovlig for å avverge et ulovlig angrep (Straffeloven, 2005, §18). I somatiske helsetjenester kan dette brukes ved at helsepersonell eller vektene fysisk griper inn hos utagerende pasienter, eller fysisk holder pasienter tilbake om de forsøker å stikke av, for å avverge et “ulovlig angrep” slik det forekommer i loven, med de delbestemmelsene som hører til.

## Helsepersonells opplevelse av suicidalitets pasienter

Helsepersonell kan oppleve selvmord og selvmordsproblematikk som svært emosjonelt belastende (Hagen et al., 2017; Dranshart et al., 2014; Bohan et al., 2008). Pasienter med BPD oppleves likevel å være krevende på andre måter (Rizq, 2012). Helsepersonell opplever BPD-pasientene som mer i kontroll over sin egen atferd enn pasienter med schizofreni eller depresjon (Markham & Trower, 2003). De har derfor en mer negativ holdning og mindre sympati til disse pasientene. Noe som kan bidra til at pasienter med BPD er en stigmatisert pasientgruppe, selv innenfor helsetjenesten.

Somatisk helsepersonell har generelt mer negative holdninger enn helsepersonell i psykisk helsevern ovenfor pasienter som selvskader (Saunders et al., 2012). Følelser av frustrasjon, irritasjon og sinne er sentralt hos helsepersonell i medisinske settinger (Saunders et al., 2012). Helsepersonell i Norge virker midlertidig til å ha relativt positive holdninger ovenfor pasienter med suicidalitet (Grimholt et al., 2014). En studie som undersøker holdningene til helsepersonell i psykiatriske poliklinikker i Oslo finner også positive holdninger til selvmordsatferd, og en tro på at selvmord kan forebygges (Norheim et al., 2013). Det finnes likevel forskjeller mellom profesjoner og kjønn, hvor indremedisinere og menn var dem som hadde en mindre positiv holdning (Grimholt et al., 2014).

I Saunders et al. (2012) sin studie om selvskading finner man også at det er konsistent rapportert om negative holdninger hos dem som gjentatte ganger selvskader. Sympati ble funnet til å uttrykkes når pasienten som selvskader har en fremtredende psykiatrisk diagnose, fremstår som tydelig suicidal eller oppleves som svært fortvilte (Saunders et al., 2012). Noe som stemmer overens med Markham & Trower (2003) som finner at helsepersonell som attribuerer atferd til person i stedet for diagnose, har sammenheng med sympati.

## Nasjonale retningslinjer knyttet til selvmord og villet egenskade

I en ny litteraturgjennomgang av retningslinjer for villet egenskade gjennomført av Norsk senter for selvmordsforskning og forebygging (NSSF) ved Dymbe, Siqveland og Mehlum (2023), finner at retningslinjene som er vurdert varierer i kvalitet samt at flere har viktige mangler. De norske retningslinjene blir vurdert som utdaterte på flere punkter (Dymbe et al., 2023). De nye nasjonalfaglige retningslinjene for selvmordsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble nylig publisert og det jobbes nå med implementering (Helsedirektoratet, 2024). Dymbe et al. (2023) presiserer at det er viktig



å oppdatere retningslinjene for akuttmottak og somatiske avdelinger, og skriver at med en voksende evidens er det betydningsfylt å se på retningslinjer knyttet til andre områder av helsetjenesten. I lys av Ukoms nyeste rapport (2024) ser en også betydningen av tverrfaglig samarbeid for pasienter med et sammensatt symptombylle som pasienter med kronisk suicidalitet ofte har (Ukom, 2024). Rapporten anbefaler blant annet Helse- og Omsorgsdepartementet i sin satsning på Digital Samhandling å gjøre «informasjon om håndtering av pasienten i akutte situasjoner, tilgjengelig (på tvers av etater).» (Ukom, 2024).

## Kunnskapsmangler om suicidalitet i somatiske avdelinger

Det er et stort behov for mer kunnskap innenfor selvmordsforskningen (Myklestad et al., 2023), og innenfor arbeidet av nasjonale retningslinjer for villet egenskade (Dymbe et al., 2023). I tillegg er det et stort behov for mer kunnskap og bedre kommunikasjon mellom helsetjenestene og i tverretattlig samarbeid (Ukom, 2024). Selv om mye har skjedd de siste årene innenfor selvmordsforskningen både nasjonalt og internasjonalt, er det fortsatt områder som er lite studert. Et av disse er behandlingen av suicidalitet i somatikken. Det er ikke tilstrekkelig kartlagt i hvilken grad helseforetakene har prosedyrer for selvmordsforebygging og selvmordsrisikovurderinger i somatikken (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

I en Norsk registerstudie (n=43153) ble det vist at et fåtall av pasienter som legges inn i somatikken på grunn av villet egenskade ble henvist til psykisk helsevern rett etter innleggelsen (15.7%) (Qin et al., 2022). Av dem som ikke ble henvist var 45.5% allerede i psykiatrisk behandling, mens de resterende 54.5%, var ikke (Qin et al., 2022). 3 måneder etter somatisk behandling for villet egenskade var totalt litt over halvparten (51.0%) i psykiatrisk behandling (Qin et al., 2022). Samme studie finner at henviste pasienter som ikke møtte til psykiatrisk behandling hadde særlig høy selvmordsrisiko. Studien fremhever betydningen av å følge opp pasienter etter somatisk innleggelse for villet egenskade, samt belyser et spesifikt område av helsetjenesten som kan forbedres.

Hva det gjelder kunnskapsmangler i selvmordsfeltet i Norge, kommenterer en rapport fra Folkehelseinstituttet (FHI) på manglende kunnskap om systemtiltak etter utskrivelse, pasienter som overføres mellom ulike tjenester, dialog mellom tjenestene, og på pasienter som har vært innlagt i somatikk for villet egenskade, samt oppfølgingen av disse, for å nevne noen (Myklestad et al., 2023). Det blir derfor viktig å undersøke behandlingen av kronisk suicidalitet i somatiske enheter, ettersom selvmordsfeltet har tydelige mangler.

## Formål og problemstilling

Studien har som formål å utforske hvilke perspektiver helsepersonell har på egen kompetanse i møte med kronisk suicidalitet på somatisk avdeling. Da det er et pressende behov for å bedre forstå hvordan behandlingen av pasienter med sammensatte lidelser er i de ulike delene av helsetjenesten. I tillegg ønsker prosjektet å ta helsepersonell med i forståelsen av pasientbehandlingen. Prosjektet tar sikte på å bidra til en kvalitetsforbedring, hvor innhentet informasjon kan avdekke hvilken kompetanse helsepersonell sitter med i dag og hvilken kompetanse som er mangelfull. Vi ønsker å stimulere til videre forskning som kan styrke helsepersonellens kunnskaper og egen trygghet i møte med pasientgruppen, noe som kan gi økt pasientsikkerhet på lang sikt.

Forskningsspørsmålet er: Hvordan opplever helsepersonell sin egen kompetanse i møte med kronisk suicidalitet på somatisk avdeling?

## Metode

### Valg av metode

Oppgaven undersøker de subjektive opplevelsene helsepersonell i somatikken har av sin egen kompetanse i møte med pasienter som har kronisk suicidalitet på somatisk avdeling. For å kunne si noe om denne problemstillingen er det viktig å danne et overordnet bilde av hvilke utfordringer somatisk helsepersonell opplever i sin arbeidshverdag. Vi valgte derfor å gjennomføre kvalitative intervjuer, og benytte oss av Systematisk tekstkondensering (STC) som en tematisk analyse av hvordan helsepersonell tenker om sin egen kompetanse i møte med kronisk suicidalitet i somatiske avdelinger.

### Egen forforståelse

Som en del av denne studien har det vært viktig å være transparent med prosjektgruppen om min egenerfaring. Jeg har tidligere arbeidet med brukermedvirkning på systemnivå og deltatt i endringsarbeid for å styrke psykiske helsetjenester. Dette betyr at jeg har en forforståelse knyttet til denne typen arbeid som kan kunne påvirke innhenting og tolkningen av dataene. Jeg tilstrebet likevel å ikke la mine tanker om behandlingen av kronisk suicidalitet påvirke datamaterialet, og forsøkte derfor å stille meg åpen og undrende til de perspektivene helsepersonell har om problemstillingen. Jeg inntok en holdning om at man ikke får god pasientsikkerhet uten at helsepersonell har det greit i arbeidet. På denne måten

forsøkte jeg å manipulere mine egne fordommer til en genuin interesse og følelse av viktighet over hva helsepersonell tenker.

I intervjuene kunne det bli fortalt stigmatiserende tanker om pasientgruppen, og med min forhistorie kunne dette vært vanskelig å håndtere. Det var et bevisst valg å ikke reagere på uttalelser som jeg egentlig oppfattet som krenkende for pasientgruppen. Jeg mente at min oppgave var kun å lytte til de jeg snakket med og skape en trygg arena hvor deltagerne kunne dele hvordan de opplevde det. På et senere tidspunkt kunne jeg gi utløp for frustrasjoner og sorg, men i respekt for både deltagerne som åpent fortalte om situasjonen, og i respekt for vitenskapelig metode, tilstrebet jeg alltid å holde egenerfaringen til et minimum. Den forståelsen jeg har av kompleksiteten i behandlingen av kronisk suicidalitet ville likevel ikke vært like omfattende uten min personlige egenerfaring. Og min forståelse av hvordan det er å tidligere ha slitt med suicidalitet selv, og også være etterlatt etter selvmord, har bidratt til en rikere forståelse av kompleksiteten. Jeg har både en stor ydmykhet for helsepersonell som forsøker sitt beste, og en stor ydmykhet for de pasientene som har et slikt lidelsestrykk.

## Utvalgskriterier og rekruttering

Det ble anvendt brede inklusjonskriterier da prosjektet har som formål å danne et bredt bilde av helsepersonells perspektiver på problemstillingen. Fordelen med dette er å ikke bli for innsnevret i en kompleks problemstilling som angår flere enn bare én av yrkesgruppene. Inklusjonskriteriene var erfaring med pasientgruppen gjennom arbeid i somatikken, uavhengig av avdeling, og rekrutteringen var mellom 1. September 2023 og 23. Februar 2024.

Det meste av rekruttering foregikk på Observasjonsavdelingen og i avdeling for Leger i spesialisering (LIS). Jeg ble invitert til å delta på internundervisning, og sendt ut invitasjon til prosjektet i «ukeslutt»-eposter. Det ble også hengt opp plakater med informasjon om prosjektet og kontaktinformasjon i arbeidsrom på en av avdelingene. Det ble avtalt noen måneder inn i prosessen at deltagerne fikk gjennomføre intervjuer i arbeidstid.

Alle, utenom én deltager, meldte interesse selv. Den ene ble rekruttert gjennom bekjentskap. Jeg vil likevel presisere at vedkommende ikke visste noe mer om prosjektet enn det de andre deltagerne gjorde på intervjutidspunktet. Jeg vurderte også at vedkommende uansett ville svare direkte og ærlig på spørsmålene.

## Utvalget

Inkluderte deltagere var alle helsepersonell fra det samme sykehuset (n = 6). Tre av de intervjuede var utdannet sykepleiere og de andre tre var utdannet leger. Noen av sykepleierne var ansatt i administrasjon og jobbet «på gulvet», mens andre jobbet kun klinisk. Hos legene var det intervjuet en spesialist og to LIS, alle hadde varierende erfaring med pasientgruppen, enten gjennom sengepost eller akuttmottak. Alle hadde varierende fartstid i arbeidet. Sykepleierne var alle kvinner, og legene var alle menn.

## Intervjuguide

Jeg gjennomførte semi-strukturerte intervju etter en intervjuguide med spørsmål om kompetansen en opplever å ha i møte med pasienter med kronisk suicidalitet (se vedlegg 1). I løpet av intervjuene ble det formulert åpne oppfølgingsspørsmål for å få deltagerne til å utdype og eksemplifisere tematikken. Det ble gjort en endring i intervjuguiden etter det første intervjuet, som var å fjerne spørsmål om begrepet “kompetanse”. Avgjørelsen kom etter at det ble tydelig at kompetansebegrepet allerede var godt flettet inn gjennom andre spørsmål.

## Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført i perioden oktober 2023 til januar 2024 og hadde en varighet på 30-60 minutter. Et av intervjuene ble gjennomført på universitetet og de resterende fem ble gjennomført på informantenes arbeidssted. Intervjuene ble tatt opp gjennom Nettskjema's diktafon app (Universitetet i Oslo, 2017), og lagret i sikker skytjeneste i tråd med Universitetet i Stavanger (UiS) sine retningslinjer for datalagring (Universitetet i Stavanger, 2022).

Informantene fikk mulighet til å komme med avsluttende tanker før opptakeren ble skrudd av, men jeg fortsatte samtalen med flere av deltagerne etter intervjuet formelt var over. Etter hvert intervju skrev jeg ned egne tanker i et refleksjonsnotat, så selv om de uformelle delene av samtalen ikke er inkludert i datamaterialet bidro de til å gi meg et bedre inntrykk av hvem deltagerne er og hvordan de har det på sin arbeidsplass.

## Transskribering

En del av den kvalitative forskningsprosessen er å omdanne samtalene man gjennomfører i intervjuene til skriftlig tekst. Dette kalles transskribering. Diktafon-app har automatisk transskribering av lydfilene i Nettskjema. Alt ble likevel transskribert manuelt,

etter sann verbatim transskribering. Det finnes flere fordeler med verbatim transskribering, blant annet at en inkluderer non-verbal kommunikasjon. I intervjuene kunne dette være banking i bordet eller latenstid på spørsmål om vanskelig tematikk.

I denne oppgaven er det brukt tematisk analyse, og man kunne derfor benyttet seg av intelligent verbatim transskribering (en prosess som ignorerer lyder som hosting, nysing og nølelyder som f.eks. «eeehh»). Bruken av sann verbatim transskripsjon var for å kunne benytte seg av andre analysemetoder på datamaterialet i fremtiden.

Transskribering ble gjort fortløpende i intervjuperioden, fullført i februar 2024. Det er gjennomført totalt seks individuelle intervju på 30-60 minutter som ble transskribert til tekstformat lagret i seks ulike filer i MS Word. Totalt er dette 76 sider med 41 992 antall ord.

### Analyse: Systematisk tekstkondensering (STC)

Tematisk analyse har noen klare fordeler i kvalitative studier som forsøker å danne et bilde av et tilfelle. Jeg ønsket en induktiv tilnærming til analyseringen av intervjuene, for å kunne bygge en forståelse av problemstillingen gjennom enkelte fakta og opp til større prinsipper. Med tanke på min forforståelse var det viktig å velge en metode som fokuserer på deltagerne, og deres historie. En slik tilnærming finnes i flere av de tematiske analysemetodene som finnes. STC har en fleksibilitet til datamaterialet som jeg opplevde som fordelaktig i dette prosjektet. Analysemetoden er trinnvis og går fra totalinntrykk til enkelte meningsenheter og bygger opp igjen historien til deltagerne gjennom kondensering og syntetisering (Malterud, 2014).

Innen helseforskning er ofte STC benyttet, selv om det er Braun og Clark sin tematiske analyse som, som regel blir brukt innen psykologien (se Braun & Clark, 2006). Denne oppgaven er innenfor psykologien, men har komponenter fra andre fagområder. I og med at det er helsetjenesten som undersøkes og det foreligger et ønske om å forstå helsepersonells opplevelse, ble STC et naturlig valg.

STC-metoden er trinnvis:

#### *Totalinntrykk – fra kaos til temaer*

Analysens første trinn handler om å få en oversikt over datamaterialet. Man tar gjerne en første gjennomlesning av transskriptene med en åpen holdning og en forståelse av at det er deltagerens stemme en skal finne. Som forsker skriver man ned tanker og inntrykk som vekker oppmerksomheten (Malterud, 2012). Man leser transskriptene med

forskningsspørsmålet i bakhodet, og etter gjennomlesning danner dette utgangspunktet til de temaene som vil begynne å komme frem (Malterud, 2012). Noen av de første inntrykkene som jeg skrev ned, var “overlatt til egen erfaring”, “bruk av tvang” og “utydelig lovverk”.

### *Identifisere og sortere meningsenheter – fra tema til koder*

I denne fasen går man over i en mer systematisk analyse av teksten. En går gjennom linje for linje og identifiserer det Malterud kaller for «meningsenheter» eller «meningsbærende enheter» (Malterud, 2012). En meningsenhet er en fragmentert del av teksten som inneholder informasjon om forskningsspørsmålet (Malterud, 2012). Ikke alle deler av intervjuene er meningsbærende i forhold til forskningsspørsmålet, så målet er å identifisere kontekstuell informasjon av betydning.

Etter at meningsenhetene er identifisert, starter kode-prosessen. Her identifiserer man og klassifiserer meningsenhetene gjerne relatert til de temaene som man kom frem til i første del av analyseprosessen (Malterud, 2012). Kodene skal ikke være identiske med de temaene som intervjuguiden spør etter, men være utviklet gjennom kodingen og den forståelsen som kommer gjennom arbeidet med dataene (Malterud, 2012).

Til eksempel spør intervjuguiden vi benyttet om bruk av Helsepersonelloven 7. Kodene som ble utarbeidet var likevel knyttet til etiske problemstillinger, bruk av tvang, lovverk og emosjonelle reaksjoner, da dette var meningsenheter deltagerne selv presenterte. Analysemetoden presiserer at dette er dynamisk prosess, og man kan endre kodene etterhvert som man blir mer kjent med dataene (Malterud, 2012). Det krever en viss form for kreativitet og fleksibilitet.

### *Kondensering – fra kode til mening*

I denne fasen er dataene redusert til meningsenheter på tvers av deltagere og sortert i kodegruppene (Malterud, 2012). I praksis benyttet jeg meg av MS Excel og manuell koding med penn, papir og post-it lapper. Meningsenhetene ble koblet til den kodegruppen som var av betydning, som videre sortertes til undergrupper. Meningsenhetene var ikke lengre en del av transskriptene men heller dekontekstualisert. Den enkelte meningsenhet ble kondensert til en sammenfattet fremstilling av innholdet, med den samme terminologien brukt av deltagerne, så langt det lot seg gjøre (Malterud, 2012).

### *Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper*

I det fjerde og siste steget av analysen blir dataene satt sammen igjen (Malterud, 2012). Ved å syntetisere innholdet i kondensatene utvikler man beskrivelser, konsepter og begreper som gir uttrykk for en historie på tvers av deltagerne i forhold til forskningsspørsmålet (Malterud, 2012). Sammenfatningen er presentert under resultater.

## Forskningsetiske vurderinger

Dette prosjektet har vært forhåndsvurdert av Regionaletisk komité (REK) (vurdert «ikke fremleggs pliktig», 14.04.2023) og godkjent av SIKT (19.05.2023, vedlegg 3). Prosjektet er også registrert i eProtokoll (31.05.2023, vedlegg 4).

### *Anonymitet og informert samtykke*

Alle deltagerne har signert informert samtykke og fått muligheten til å stille spørsmål. De fikk utdelt informasjonsskriv med informasjon om prosjektet og rettigheter, samt kontaktinformasjon for spørsmål eller for å benytte seg av rettighetene som å trekke seg fra studien.

Det har vært en viktig del av prosjektet å sikre anonymiteten til deltagerne, både fordi en i prosjektgruppen er leder for en av avdelingene det ble rekruttert fra, og for at deltagerne selv skulle kunne uttrykke seg åpent i intervjuene om vanskelige etiske og juridiske problemstillinger. Et av prinsippene innen forsvarlig forskningspraksis er kravet om konfidensialitet (Fossheim, 2015). I dette prosjektet har det vist seg viktig å bevare og trygge helsepersonell på at deres svar er konfidensielle. Det var viktig å tydeliggjøre at deltagerne svarer på vegne av seg selv, og ikke på vegne av arbeidsplassen. Jeg forsøkte tydeliggjøre at min rolle som intervjuer ikke var å kartlegge eller sjekke om ansatte gjorde jobben sin riktig, men å danne et bilde av arbeidshverdagen til helsepersonell i møte med kronisk suicidalitet.

### *Personvern*

Intervjuene ble tatt opp ved hjelp av Nettskjema's diktafon app. Lydfilene som direkte kan knyttes til deltagere gjennom gjenkjenning av stemmen er det kun jeg som har hatt tilgang til, da de er lagret Nettskjema bak FEIDE-innlogging. Transskripsjonene er alle håndtert etter lagringsguiden for studenter fra Universitetet i Stavanger, og har hatt en intern følsomhet (gul)

hvor kun prosjektgruppen har hatt tilgang gjennom institusjonens sky-lagring. Studien har også hatt meldeplikt til sykehuset hvor rekrutteringen forgikk (vedlegg 4).

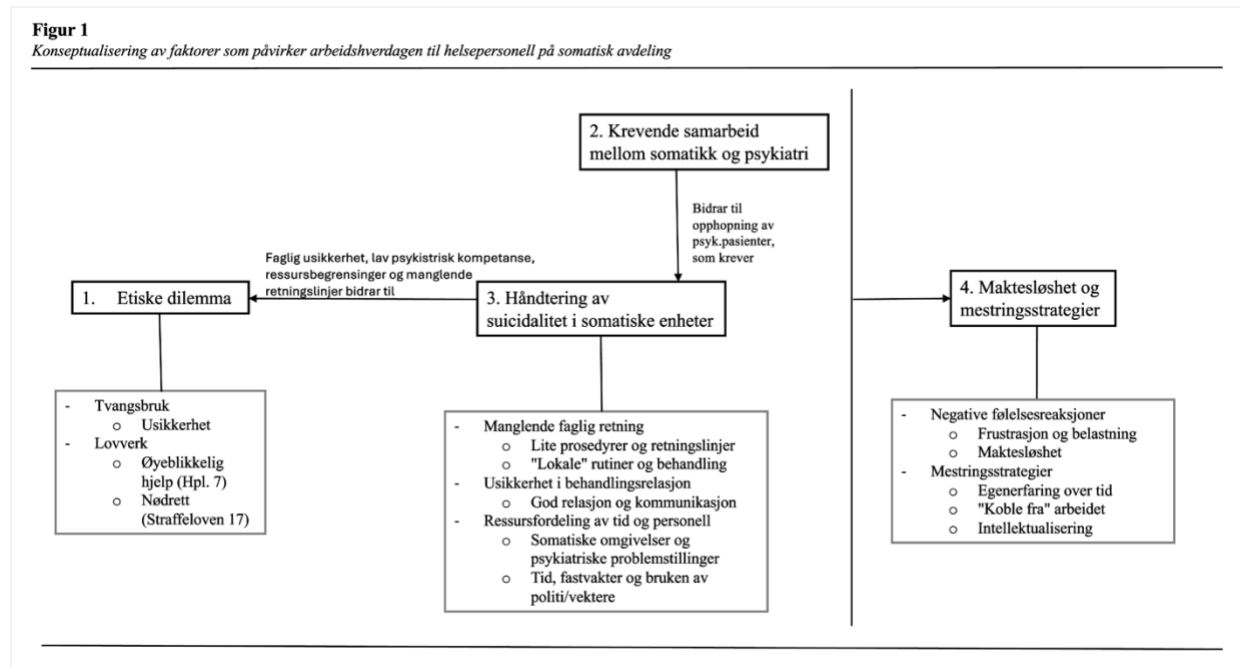
### *Pasientsensitiv informasjon*

Studien i seg selv medfører ingen negativ konsekvens for deltagere så langt konfidensialiteten er opprettholdt. I intervjuene er det heller ikke etterspurt sensitiv og identifiserbar pasientinformasjon som gjelder pasientgruppen. SIKT (19.05.2023) presiserte også betydningen av taushetsplikt i prosjektet, hvor deltagerne ikke skulle dele taushetsbelagte opplysninger med oss. Det ble likevel etterspurt eksempler for å utdype påstander som informantene har kommet med. I denne sammenheng har jeg fått informasjon om hendelser av vanskelige etiske vurderinger, men som ikke kunne knyttes til enkelt personer. Det har vært diskutert i prosjektgruppen om eksempler som kan ha vært svært belastende for deltagerne og vanskelig behandling ovenfor pasienter. Vi har imidlertid blitt enig om at jeg ikke har ansvar for å endre fortiden, og at det finnes strukturer som ivaretar ansatte i deres jobb. Min oppgave som forsker i disse tilfellene er å lytte med åpenhet, og sørge for at deres deltagelse og villighet til å snakke om tematikken blir fulgt opp med denne oppgaven og ved en eventuell publisering, samt forskningsformidling.

## Resultater

Etter analysering av datamaterialet kommer det frem fire ulike tema som illustrerer helsepersonells arbeidshverdag i møte med kronisk suicidalitet på somatisk avdeling. De fire temaene er: 1) Etiske dilemma, 2) Krevende samarbeid mellom somatikk og psykiatri, 3) Håndtering av suicidalitet i somatikk, og 4) Makteløshet og mestringsstrategier. Alle temaene illustrerer en kompleksitet i arbeidshverdagen til de jeg har snakket med. Noe som viser hvordan det er flere faktorer som påvirker behandlingen som tilbys suicidalitets pasienter i somatiske enheter. Basert på disse temaene, med tilhørende undertema, ble det utarbeidet en konseptualisering (figur 1). Denne konseptualiseringen viser et overordnet bilde av faktorer som påvirker arbeidshverdagen til helsepersonell relatert til opplevd kompetanse.





## Etiske dilemma

Som et av de største temaene var etiske dilemma det som tydeligste skilte seg ut i løpet av intervjuene. Både sykepleierne og legene uttrykte å måtte ta vanskelige vurderinger knyttet til disse pasientene. Det ble identifisert to undertema: 1) Tvangsbruk og 2) Lovverket. Disse går begge inn i hverandre, men det finnes likevel kvalitative forskjeller mellom dem.

### 1. Tvangsbruk

De etiske dilemmaene var for legene oftest knyttet til tvangsbehandling ved livsnødvendig helsehjelp. Det ble eksemplifisert spørsmål om når fysisk tvang var lov, eller ikke lov. Og det ble uttrykt ønske om tydeligere føringer for denne typen spørsmål. De av informantene som var mer sikre i etiske dilemma pekte på å ha tenkt gjennom problemstillinger på forhånd som noe av betydning. Andre uttrykte en frustrasjon og overraskelse over at de står i lignende problemstillinger ofte, men fortsatt ikke har gode løsninger på dem. Mange av problemstillingene de møter med suicidalitets pasienter som nekter hjelp er knyttet til å holde pasienter igjen ved ønske om å forlate avdelingen, eller å behandle etter ulike typer forgiftning.

*Det var en pasient som åpnet veneflonen for å årelate seg. Og pasienten trengte blodoverføring. Da ble det et spørsmål om man kan tvinge pasienten til det, og om man gjør*

*det, til hvilket hemoglobin-nivå stopper vi på? (...) Ingen vet, og det er regelmessige problemstillinger som dette.*

- Lege 2

Usikkerheten knyttet til hva som er lov og ikke lov ble ofte poengtert med hvor vanskelig det er å behandle psykiatriske problemstillinger somatiske settinger. De etiske dilemmaene som helsepersonell står i løpet av arbeidsdagen, er overordnet og man finner eksempler i flere områder av analysen.

## *2.Lovverket*

Alle deltagerne var innom lovverket i løpet av intervjuet og det ble tydelig fra flere at de etiske vurderingene en måtte ta var i forhold til Helsepersonelloven §7: Øyeblikkelig hjelp (Hpl.7). Legene opplevde dette lovverket som svært vid og med lite føringer og virkemidler, noe som kunne resultere i frustrasjon over at behandlingen for pasientene, og situasjonene som kunne oppstå ble løst som de blir.

Sykepleierne opplevde også, som legene, at lovverket var en utfordring. Sykepleierne pekte i tillegg på utfordringer med leger i mottak versus på sengepost, hvor noen mottaksleger brukte å skrive at pasienten skulle holdes igjen om den ønsket å forlate avdelingen. Flere mente at dette var en utfordring, da mye kunne skje mellom innkomst i mottak og i situasjoner på sengepost. Sykepleierne ønsket også mer eierskap til hpl.7, og at legene skulle være støttende ved vanskelige etiske vurderinger.

Både leger og sykepleiere sammenlignet somatikk og psykiatri og pekte på hvordan somatiske avdelinger ikke har de samme lovhjemlene som det psykisk helsevern har.

*Ofte kan det bli et problem om man skal holde dem igjen på paragraf hvis det blir aktuelt. Og vi har jo et annet lovverk enn det dem har i psykiatrien. Bruk av lovverket på denne pasientgruppen er jo noe vi diskuterer i avdelingen hele tiden. Og vi prøver løfte sykepleier-tjenesten fordi vi har like mye eierskap til den lovparagrafen som legene har. Det er jo kun på nød at vi kan holde igjen hvis de er en fare for seg selv, og for oss rundt, fare for liv og helse, og det kan ikke leger i mottak nødvendigvis si der og da, fordi det kan skje mye imellom.*

- Sykepleier 3

I tillegg til hpl.7 ble “nødrett” omtalt som en del av lovverket som kunne benyttes. Det ble tatt opp flere etiske spørsmål, spesielt dette med å holde pasienter tilbake i avdelingen om dem ønsket å forlate posten eller å stikke av. Noen av informantene omtalte hpl.7 og nødrett som samme paragraf. Det var utydelig i analysen om helsepersonell hadde en klar formening om hvordan lovverket er, og hva lovverket sier. Deltagerne formidlet samtidig en usikkerhet knyttet til lovverket, og fortalte om interne diskusjoner i bruk av lovverk på sengepost.

## Krevende samarbeid mellom somatikk og psykiatri

I noen intervju ble det beskrevet et godt samarbeid med tverrfaglig team på somatisk sengepost. Det ble poengtert nytten av å ha psykiatrisk kompetanse i den daglige driften. Likevel ble det presisert at samarbeidet mellom somatikk og psykiatri som ulike klinikker var krevende. Dette ble spesielt tydelig på vakttidspunktene (kveld, natt og helg) som er utenom den daglige driften.

Flere opplevde at psykiatrisk avdeling ikke ønsket å ta imot pasienter som legene vurderte som trengende av innleggelse i psykiatrisk døgnenhet. Ofte ble det argumentert for at pasienter med psykiatriske problemstillinger skulle somatisk avklares før overføring til psykiatri. Og selv etter avklaring opplevde en ikke psykiatrien som samarbeidsvillige ovenfor noen av pasientene. Dette mente de resulterte i en opphopning av psykiatriske pasienter i somatiske sengeposter.

*Det som er litt vanskelig der er jo: skal vi krangle eller skal vi samarbeide? Og i det samarbeidet har vi fått flere pasienter enn vi burde.*

– Lege 1

Sykepleierne opplevde noen ganger en uvilje fra legene i akuttmottak til å konferere med psykiatrisk bakvakt på vakttidspunkter, selv når sykepleierne forsøkte foreslå dette. Legene som ble intervjuet opplevde samtidig en sterk frustrasjon når de forsøkte melde pasienter til psykiatrien, uten å få gjennomslag for dette. De opplevde at psykiatrien ikke ønske å ta imot pasienter. Noe som psykiatrien formulerte som «somatisk avklaring», forklaringer om at pasienter med promille ikke kunne være på psykiatrisk avdeling eller å legge pasienten inn i somatikk, slik at en psykiater kan komme på tilsyn neste dag.

*Psykiatrien vil ikke ha dem i det hele tatt, før man har gjennomført noen blodprøver eller noen undersøkelse. Men selv etter det så opplever vi det som vanskelig å få dem over. De sier ofte "kan dere ikke bare legge dem inn hos dere, også ser en psykiater på det i morgen", eller noe sånt. Og for vår del er det et problem fordi vi har stramt om plassen.*

- Lege 2

*Og jeg har lagt pasienter i fyllarrest, altså politiets varetekt, med 3.0 i promille, uten at de har observasjon av helsepersonell. Men jeg får ikke lov til å legge pasienter (med promille) inn i psykiatrien.*

- Lege 1

Opplevelsen av at psykisk helsevern ikke ønsker å ta imot pasienter med kronisk suicidalitet, var både belastende og frustrerende for mange av dem som ble intervjuet. I tillegg oppleves det i samarbeidet å være lite forståelse fra sine kollegaer på psykiatrisk avdeling. Flere ønsker en endring, hvor psykiatrien tar mer ansvar for disse pasientene.

*Jeg kan jo ikke tro at de her kommer til å slutte å komme, men drømmen hadde vært at psykiatrien hadde vært mer på banen. Og hadde en plass til dem. Og det er egentlig mest fordi det er så stappfullt her.*

– Lege 2

## Håndtering av suicidalitet i somatikk

I løpet av intervjuene kommer det frem et behov for økt kompetanse hos somatisk helsepersonell med tanke på håndtering av pasienter med kronisk suicidalitet. Det ble tydelig at psykiatriske problemstillinger i en somatisk setting opplevdes som svært krevende. Det å kunne gå fra en pasient som var gammel og redd med en alvorlig infeksjon på ett rom, og over til en annen pasient med uttalt suicidalitet og truende atferd på et annet, kunne oppleves som både slitsomt og vanskelig. Leger i mottak fortalte om vanskelige prioriteringer, spesielt på vakttidspunktene.

I dette temaet er det derfor blitt definert tre undertema som illustrerer både mangler på systemnivå, hvordan helsepersonell håndterer en slik mangel og relasjonelle problemer og kommunikasjon med pasientene. Undertemaene er 1) Manglende faglig retning, 2) usikkerhet i behandlingsrelasjonen, og 3) ressursfordeling av tid og personell.

### *1. Manglende faglig retning*

Flere av dem som ble intervjuet fortalte om mangler på systemnivå. Det var lite prosedyrer, lite retningslinjer og mye uklart i forhold til lovverket. Blant annet var de fleste usikre på hvilke prosedyrer og retningslinjer de skulle følge. De fleste uttrykte også at det kunne godt være at det eksisterte noen prosedyrer eller retningslinjer, men at de ikke hadde hørt om det. På sengepost var det sagt at rutinene var lokale og jobbet frem av fagpersoner fra både somatiske avdelinger og fra psykiatrien. Samt en «slik gjør vi det her» holdning.

*Det er jo ikke noe veldig god plan på hvordan man håndterer disse her. Det er jo bare fra hånd til munn skulle jeg til å si. Det er på en måte jungelordet som går. På en måte "slik gjør vi det her hos oss."*

#### - Sykepleier 3

Legene som kun så disse pasientene i akuttmottaket visste heller ikke hvem de skulle spørre for å få klarhet i hva som var riktig å gjøre. Noen av legene kjenner til Regjeringens veileder for forebygging av selvmord i psykiatrien, og oppfatter denne som realitetsorienterende. Ellers viser noen til lovdata.no som en ressurs de har tilgjengelig. Likevel opplevde flere stor usikkerhet knyttet til hva som var lov og ikke lov.

*Det er ingen prosedyrer og et nesten nattlig problem. Man vet ikke hva man skal gjøre med det, og man tar en individuell vurdering hver gang. Da spriker det også enormt fra lege til lege, og det spriker i hvilken behandling den samme pasienten mottar.*

#### - Lege 2

Det er også nevnt at i noen tilfeller utarbeides det individuelle planer i forhold til behandlingen av noen av pasientene med hyppig frekvens og alvorlige selvmordsforsøk eller selvskading. Flere opplevde disse planene som veldig nyttige og hadde positiv holdning til at det kunne utarbeides flere slike. Andre syntes det kunne kreve mye ressurser, og at noen kunne misforstå de gangene en behandlingsplan inneholdt avvik fra vanlig praksis.

## *2. Usikkerhet i behandlingsrelasjonen*

Det ble uttrykt spesielt fra sykepleierne en usikkerhet i samhandlingen med pasientene. Spesielt med pasienter som var diagnostisert med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Det ble fortalt at disse pasientene var spesielt krevende og at relasjonen man fikk hadde mye å si for videre samarbeid. Noen syntes det var vanskelig å vite hva man skulle si. Og andre snakket om betydningen av tydelige rammer i kommunikasjonen med pasientene.

*Ofte har de en personlighetsforstyrrelse, og det er en gruppe mennesker som man skal være litt varsom med. (...) Det er ikke bare de som skal styre oss, det er liksom vi som skal være mer sånn: "vi kan gjerne snakke, gi meg beskjed så kan jeg gjøre tid til det". Også setter man seg ned, også gir man tydelig beskjed: "okei, nå kan jeg sitte her å snakke med deg i et kvarter". Sånn at man kan høre, man kan se. Og de kan føle at de blir sett, men samtidig skal de heller ikke kunne gjøre det mot alle. For man kan bli satt opp mot hverandre. "Hun er så god, og jeg vil bare snakke med henne. For hun bruker tid".*

- Sykepleier 3

## *3. Ressursfordeling av tid og personell*

I somatikken er det andre forutsetninger for å behandle psykiatriske pasienter, blant annet lovverket. I tillegg er omgivelsene annerledes. Det ble poengtert både av sykepleiere og av leger hvor krevende spriket mellom mennesker med suicidalitet som utagerer og motsetter seg helsehjelpen, og mennesker med for eksempel hjerteinfarkt som ønsker hjelp, kunne være. Dette spriket kunne oppleves som vanskelig i arbeidshverdagen.

Fordelingen av ressurser opplevdes også krevende. Ofte var det mangel på fastvakt tilgjengelig, samt ble det beskrevet bruk av politi og vektere som ressurser. I et travelt akuttmottak kunne det være vanskelig å finne tiden til å få en god samtale, eller klare ta en god vurdering før pasienten ønsket å forlate avdelingen.

*Så tid er et kjempe problem, det er det største problemet. (...) Spesielt i forhold til denne pasientgruppen. De tar mye mer ressurser enn de egentlig nødvendigvis på sitt somatiske*

*problem ville trent. Men på grunn av den psykiatriske tilleggsdiagnosen så blir det en mye mer krevende pasient. Og det er jo helt greit, fordi det er lov å være syk. Men det er mange tilfeller jeg opplever at det tar uforholdsmessig mye av ressursene.*

- Lege 3

## Maktesløshet og mestringsstrategier

Deltagerne pekte på årsaker som krevende arbeidsomgivelser, en pasientgruppe som var krevende, høyt tempo med lite tid, samt usikkerhet knyttet til etiske dilemma da de uttrykte følelsesmessige reaksjoner som kunne oppstå i arbeidshverdagen. Deltagerne ble spurt om hva de opplevde som positivt i forhold til pasientgruppen, hvor de fleste syntes at det at de ikke kom tilbake, eller ikke hadde så hyppigere innleggelse lengre var positivt, fordi dette var et tegn på at det muligens gikk bedre med pasientene. Ellers var det mest negative følelsesreaksjoner som ble presentert av deltagerne i løpet av intervjuene. Det ble identifisert to undertema her: 1) Negative følelsesreaksjoner, og 2) Mestringsstrategier.

### *1. Negative følelsesreaksjoner*

Flere deltagere opplevde pasientene som krevende. Ofte ble det poengtert at det var pasientene i seg selv, med deres kompleksitet som var vanskelig. Mens andre kommenterte på at lite føringer i hvordan man skal behandle og snakke med pasientene, usikkerhet knyttet til lovverket, krevende etiske vurderinger og vanskelig ressursfordeling som faktorer som gjorde arbeidshverdagen krevende.

De rapporterte ofte frustrasjon og en opplevelse av belastning. Noen opplevde mer melankolske emosjoner knyttet til en følelse av å ikke klare hjelpe pasientene bedre. Det virket også å oppleves som krevende for noen av informantene hvordan ulike oppfatninger av pasientene i personalgruppen kunne bidra til opplevd belastning. Samtidig kunne tegn på maktesløshet bli sett i datamaterialet, hvor deltagerne presenterte ønsker om endring, eller ønske om at pasientene skulle få det bedre uten at de fikk noen spesifikk tilbakemelding på når det gikk godt med dem.

*Noen ganger tenker jeg at jeg har lyst å gjøre mer for dem enn det vi har fått beskjed om å gjøre. De har det jo vanskelig tenker jeg. Og det er flere som blir lei av dem, og blir litt*

*irriterte om dem kommer på ny. Men jeg tenker de har det vanskelig, jeg har egentlig lyst å hjelpe dem.*

- Sykepleier 2

## *2. Mestringsstrategier*

Flere opplevde det som svært krevende med psykiatriske pasienter i somatikken, både i forhold til lovverket, tvang, samarbeid med psykiatrien og på grunn av sine egne følelsesmessige reaksjoner. I løpet av intervjuene kom det derfor frem flere måter helsepersonell håndterer arbeidshverdagen knyttet til disse pasientene.

Den viktigste av disse var egenerfaring. Alle som ble intervjuet fortalte om at de følte seg mer tryggere i jobben nå enn det de gjorde da de startet, og at grunnen til dette var den erfaringen de hadde gjort seg med pasientgruppen over tid. I tillegg kunne det å bli eldre og det å modne i arbeidsrollen være faktorer som ble trukket frem.

*Nå føler jeg meg mye mer rustet til å håndtere disse pasientene. En ting er modenhet, det å være voksen, og klare se problemene som et større bilde av personens liv enn hva som skjer nå. Og det andre er å ha modnet i legerollen, det å ha stått i vanskelige situasjoner før. Så blir man kanskje ikke så redd av det. Men senker skuldrene litt, og tar bedre valg.*

- Lege 3

Det ble også tematisert andre mestringsstrategier, som å klare koble seg på jobben og skille det fra privatlivet. Noen fortalte også om mestringsstrategier hvor en ikke tar inn over seg hvor krevende situasjonen kan være. Kollegial støtte og debriefing var også strategier som ble benyttet, både systematisk fra ledelse, men også frivillig ved behov mellom kollegaer.

Andre uttrykte også mye empati ovenfor pasientene og hadde et ønske om å hjelpe dem mer enn de følte de fikk muligheten til. Det ble tydelig at en av informantene forsøkte intellektualisere behandlingen som tilbys for seg selv. Det gjordes gjennom å forklare at tiltakene bygger på forskning og erfaringer fra psykiatrien, og at selv om noen av tiltakene føltas som emosjonelt krevende, var det riktig.



## Diskusjon

Denne oppgaven har undersøkt helsepersonells opplevelse av egen kompetanse i møte med kronisk suicidalitet på somatisk avdeling. Det finnes lite forskning på psykiatriske pasienter som legges inn på somatiske enheter grunnet villet egenskade i Norge, og på hvordan helsepersonell i disse enhetene opplever å jobbe med disse pasientene i denne settingen. Vi finner at etiske dilemma, krevende samarbeid mellom somatikk og psykiatri og hvordan en forsøker å håndtere psykiatriske problemstillinger i somatisk setting som hovedproblemstillinger, i tillegg til emosjonelle reaksjoner som maktesløshet og mestringsstrategier i dataene. Hovedfunnene indikerer at utfordringene med behandlingen av kronisk suicidalitet i somatiske avdelinger er svært komplisert, med flere medierende faktorer som resulterer i en uoversiktlig situasjon om hvilke instanser som har ansvaret, eller hvilken behandling som skal tilbys.

### Etiske vurderinger i somatisk kontekst

Vi finner at etiske dilemma er en sentral problemstilling i arbeidshverdagen for de helsepersonellene som deltok i studien, hvor både tvangsbruk og lovverket ble trukket frem som viktige faktorer. Herunder etiske dilemma om bruk av fysisk makt (om, når og hvor lenge), tvangsbehandling (når og hvor mye) og bruk av fastvakt eller sporadisk tilsyn. Etiske dilemma knyttet til suicidalitet er veldokumentert i litteraturen og inkluderer en stor variasjon av ulike problemstillinger og involverte yrkesgrupper innen helsetjenesten (Saigle & Racine, 2018). Anbefalingene på hvordan en skal løse disse er ofte motsigende (Saigle & Racine, 2018) eller utdaterte (Dymbe et al., 2023), noe som illustrerer hvor vanskelig det kan være å komme til konsensus i problemstillinger knyttet til suicidalitet og villet egenskade. De etiske dilemmaene vi identifiserer i denne studien kan derfor sees i sammenheng med allerede eksisterende litteratur som forsøker å løse etiske knuter, men som ikke klarer presentere tydelige svar. Mer forskning på området ville derfor vært fordelaktig, samt en oppdatering av retningslinjer. Dette vil kunne skape trygghet for ansatte, pasienter og deres pårørende.

## Håndtering av suicidalitet i somatiske enheter

I intervjuene ble det identifisert flere måter helsepersonell forsøkte å håndtere suicidalitet. Likevel var det også flere mangler i disse forsøkene, som for eksempel en manglende faglig retning. Her var manglende retningslinjer, prosedyrer og tydelige føringer i forhold til lovverket, en del av problemstillingen. Det var også usikkerhet i behandlingsrelasjonen, hvor spesielt pasienter med BPD-diagnose opplevdes som vanskelige. I tillegg var ressursfordelingen av tid og personell sentrale problemstillinger i hvordan helsepersonell forsøker å håndtere psykiatriske pasienter i somatisk setting. Her var det blant annet nevnt politi og vektere som ressurser de kunne benytte seg av.

Retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (2008), og de nye retningslinjene for selvmordsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (2024), beskriver behovet for langvarig behandling av pasienter med kronisk suicidalitet som ikke avbrytes av krisebaserte endringer som akutt innleggelse. Noe som støttes av NICE (2009). God behandling av BPD knyttes til stabilitet over tid (NICE, 2009) med ulike behandlingsintervensjoner som blant annet Dialektisk atferdsterapi (DBT) eller mentaliseringsbasert terapi (MBT)(Choi-Kain et al., 2017). Denne oppgaven belyser at helsepersonell opplever manglende faglig retning i behandlingen av kronisk suicidalitet som belastende i arbeidshverdagen på somatiske avdelinger. Så selv om det er positivt at det er kommet nye nasjonalfaglige retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern og TSB, er det også viktig å oppdatere retningslinjene til å inkludere behandlingen av villet egenskade i akuttmottak og andre somatiske avdelinger (Dymbe et al., 2023). Som denne studien belyser står somatisk helsepersonell i andre situasjoner, med annet lovverk og andre omgivelser enn helsepersonell i psykiatriske enheter. Retningslinjer og tydelige faglige føringer på hvordan en på best mulig måte skal gi helsehjelp til denne pasientgruppen kan derfor være et viktig aspekt for videre arbeid.

Usikkerhet i behandlingsrelasjonen til pasienter med BPD var spesielt krevende for noen av sykepleierne. Dette hang sammen med kommunikasjonen, hvor "feil" ord eller tonefall kunne bli avgjørende for om pasienten var samarbeidsvillig eller ikke. Forskning på selvmordsforebygging i psykisk helsevern viser betydningen av en god terapeutisk allianse (Berg et al., 2020). Noe som pasienter selv opplever som viktige faktorer, i tillegg til felleskap med personalet og det å motta omsorg (Hagen 2018). En del av BPD-pasientens kjernesymptomer er et gjennomgående ustabil mønster i relasjoner til andre (DSM-V). Denne

ustabiliteten kan arte seg som et idealiserende bilde av den ansatte, som fort kan snu til devaluering hvor en mener at den ansatte ikke bryr seg nok (DSM-V). Deltagerne i studien som opplevde kommunikasjon og samhandling med pasienten som krevende rapporterte ikke om dette diagnosekriteriet. Det er usikkert om deltagerne hadde kunnskaper knyttet til BPD-kriteriene, men at det likevel kan tenkes at økt kompetanse og forståelse av BPD-symptomer, samt hvordan disse også kan utspille seg når pasienten er i helsevesenet, kan være fordelaktig for helsepersonell.

## Stigma og holdninger ovenfor pasienter med BPD

Selv om indremedisinere skårer noe lavere enn andre yrkesgrupper, har helsepersonell likevel en relativt positiv holdning til suicidale pasienter (Grimholt et al., 2014). Våre resultater viser imidlertid at det fortsatt er områder som oppleves som svært krevende for helsepersonell. Våre funn er mer i tråd med Saunders et al. (2012) sin metaanalyse av helsepersonell sin oppfattelse av mennesker som selvskader. Sympati ovenfor pasienter som selvskader er sett tydeligst ovenfor dem som har en fremtredende psykiatrisk diagnose, fremstår som tydelig suicidal eller oppleves som svært fortvilte (Saunders et al., 2012). Dette kan bety at helsepersonells forståelse av symptombilde til pasientene har noe å si for empatien ovenfor atferden. Det var flere utsagn fra deltagerne våre som kan forstås som stigmatiserte meninger og fordommer ovenfor BPD-pasienter med kronisk suicidalitet. Til eksempel er det en forståelse av at pasienten bevisst splitter personalgruppa, og har kvaliteter som kan tilskrives ansvaret for de utfordringene som man kan oppleve med behandlingen av pasientgruppen. En slik forståelse av BPD-pasienten kan spores tilbake til blant annet Gallop (1985) i artikkelen “The Patient is SPLITTING: Everyone Knows and Nothing Changes”, som skriver: “In hospital, they often attach quickly to staff, expect too much, and inevitably feel hurt, angry and abused when the hospital fails to meet the patients unrealistic expectations.” (Gallop, 1985 s.6). Holdningene vi ser antydninger til hos noen av deltagerne kan likevel forklares som en frustrasjon over usikkerheten som fører med denne pasientgruppen.

Leger og sykepleiere har noe psykiatrisk kunnskap, men utdanningene er bygget opp med hovedvekt på medisinske problemstillinger (se NOKUT). Likevel finner Markham & Trower (2003) at helsepersonell attribuerer mer kontroll over atferden til BPD-pasienter enn til pasienter med depresjon eller schizofreni. Man finner også at somatisk helsepersonell har

mer negative holdninger ovenfor pasienter som selvskader, enn helsepersonell i psykisk helsevern (Saunders et al., 2012). Hvor følelser av frustrasjon, irritasjon og sinne er sentrale reaksjoner hos somatisk helsepersonell (Saunders et al., 2012). Det kan tenkes at negative holdninger henger sammen med kompetansenivået og forståelse av symptombildet til BPD-pasienter. Opplevd mestring av å klare hjelpe pasientgruppen på en tilfredsstillende måte kan også være av betydning. Noe som vår studie støtter opp under. Det kan se ut til at stigma, holdninger og kultur, sammen med manglende kunnskap og manglende felles forståelse av symptombildet, manglende tydelige retningslinjer og manglende forskning på flere områder knyttet til pasientgruppen, er avgjørende faktorer i hvordan vi behandler disse på somatisk avdeling. I tillegg kan det være bidragsytende faktorer til en svært komplisert realitet.

## Svakheter ved studien

En av svakhetene til studien er antallet helsepersonell som ble intervjuet, hvorav 3 var leger og 3 var sykepleiere. Målet med studien var å danne et grunnleggende fugleperspektiv av arbeidssituasjonen for helsepersonell i somatikken, men med kun tre deltagere fra per yrkesgruppe kan det være flere områder av den komplekse problemstillingen som ikke er avdekket.

En annen svakhet er oppgavens omfang. På grunn av ordbegrensninger er det flere områder som burde vært utdypet og diskutert i større grad enn det som er presentert i denne oppgaven. Fenomener som “splitting”, kultur og holdning blant ansatte, etiske og individuelle vurderinger, lovverk, faglig usikkerhet og konsekvensene av dette, samarbeidet mellom somatikk og psykiatri, og retningslinjene er alle store tema som man kunne diskutert og undersøkt i større grad. Oppgaven forsøker å danne et bilde av situasjonen, men klarer ikke å forklare alle problemstillingene i detalj. Studien klarer heller ikke peke på tydelige årsakssammenhenger eller generalisere funnene til et nivå som kan gi definitive utslag i klinisk sammenheng. Problematikken er likevel svært komplisert i realiteten og våre funn kan bidra til hypotesegenerering på feltet og stimulere til videre forskning, i tråd med formålet til prosjektet.

Min rolle som både intervjuer og den som gjennomførte analysen kan også ha bidratt til skjevheter i resultatene, gjennom at mine fordommer og forforståelse bidrar i påvirkningen av deltagerne og i analysen. Det ble likevel forsøkt å kontrollere for dette, blant annet ved å ha en tydelig intervjuguide og at prosjektgruppen bidro i kontrollering av analysen. Det ble også

diskutert med andre forskere og ressurspersoner med egenerfaring i løpet av prosjektperioden. Man kan likevel aldri utelukke at det finnes noen skjevheter i dette kvalitative prosjektet.

## Videre forskning og kliniske implikasjoner

Denne oppgaven belyser viktigheten av å mer forskning på kronisk suicidalitet og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse i somatiske enheter. Oppgaven avdekker en svært komplisert problemstilling som ikke bare går ut over den enkelte pasient, men også ut over helsepersonell sin trygghet og psykiske helse på arbeidsplassen. Videre forskning bør undersøke hvilke intervensjoner som kan være effektive for denne pasientgruppen når de først legges inn på somatisk avdeling. Studier knyttet til stigma og kulturendringer hos helsepersonell ovenfor denne pasientgruppen kunne også vært av betydning.

I klinisk setting viser oppgaven at det er usikkerhet hos helsepersonell. Det burde derfor avklares i samarbeidet mellom somatikk og psykiatri, hvor mye av ansvaret for psykiatriske problemstillinger helsepersonell i somatiske enheter skal ha. Helsepersonell som ikke har nok kompetanse om psykiatriske problemstillinger, symptombilder eller atferdsmønstre spesifikt for denne pasientgruppen, vil kunne bli usikre i møte med kronisk suicidalitet. Det er derfor viktig for ledelse å legge til rette for økt kompetanse i virksomheten, noe som helsedirektoratet legger føringer for i psykisk helsevern (Jf. punkt 2 i de nasjonalfaglige retningslinjene for selvmordsforebygging i psykisk helsevern (2024)). Kliniske erfaringer tilsier at disse pasientene raskt kan komme tilbake på somatisk avdeling med nye forsøk kort tid etter utskrivelse. Det blir derfor viktig å sikre ettervernet av disse pasientene slik at de ikke skrives ut til ingenting, eller et ustabilt liv utenfor.

Ansattes trygghet i arbeidet kan ha direkte innvirkning på pasientbehandlingen og videre forskning bør derfor se på hvordan man kan sikre helsepersonells kompetanse og trygghet i vurderinger som kan være krevende, både som menneske og som helsepersonell.

## Litteraturliste

American Psychological Association. (u.å.). Suicidality. I *APA Dictionary of Psychology*. Hentet 22. April, 2024, fra <https://dictionary.apa.org/suicidality>

American Psychiatric Association. (2013). *Borderline Personality Disorder. I Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.utg.).

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Bohan, F. & Doyle, L.. (2008). Nurses experience of patient suicide and suicide attempts in an acute unit. *Mental Health Practice*.

<http://doi.org/10.7748/mhp2008.02.11.5.12.c6338>

Berg, S.H., Rørtveit, K., Walby, F.A., & Aase, K.. (2020). Adaptive capacities for safe clinical practice for patients hospitalised during a suicidal crisis: A qualitativ study. *BioMed Central*. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02689-8>

Choi-Kain, L.W., Finch, E., Masland, S.R., Jenkins, J.A., & Unruh, B.T.. (2017). What works in the treatment of Borderline Personality Disorder. *Current Behavioral Neuroscience Reports*. 4(1), 21-30. <http://doi.org/10.1007/s40473-017-0103-z>

Dransart, D.A.C, Gutjahr, E., Gulfi, A., Didisheim, N.K., & Sèguin, M.. (2014). Patient suicide in institutions: Emotional responses and traumatic impact on Swiss mental health professionals. *Death Studies*. 38(5), 315-321.

<https://doi.org/10.1080/07481187.2013.766651>

Dymbe, K.J, Siqveland, J. & Melhum, L.. (2023). En litteraturgjennomgang og vurdering av retningslinjer for behandling av villet egenskade. *Suicidologi*. 28(2), 18-39.

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

Fossheim, H.J.. (2015, 12. August). *Konfidensialitet*. Den nasjonale forskningsetiske komite. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/personvern/konfidensialitet/>

Gallop, R. (1985). The patient is splitting: Everyone knows and nothing changes. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. <https://doi.org/10.3928/0279-3695-19850401-04>

Gunnell D., Hawton, K., Ho, D., Evans, J., O`connor, S., Potokar, J., Donovan, J., & Kapur, J.. (2008). Hospital admissions for self-harm after discharge from psychiatric inpatient care: Cohort study. *British Medical Journal*. 337(7682), 1331-1334.

<https://www.jstor.org/stable/20511512>

Grimholt, T. K., Haavet. O. R., Jacobsen, D., Sandvik, L. & Ekeberg, O. (2014). Perceived competence and attitudes towards patients with suicidal behavior: A survey of

general practitioners, psychiatrists and internist. *BMC Health Services Research*. 14:208.  
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-208>

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

Hagen, J., Knizek, B.J., & Hjelmeland, H.. (2017). Mental health nurses experience of caring for suicidal inpatients in psychiatric wards: An emotional endeavor. *Archives of Psychiatric Nursing*. 31(1), 31-37. <http://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.018>

Helsepersonelloven. (1999). Loven om helsepersonell. LOV-1999-07-02-64. Lovdata.  
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025. [nettdokument]. [publisert (10.09.2020); lest (23.04.2024)]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-2020-2025/id2740946/>

Helsedirektoratet (2024). Nasjonal faglig retningslinje for selvmordsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 15. april 2024, lest 22. april 2024). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/selvmordsforebygging-i-psykisk-helsevern-og-tsb>

Ukom. (2024). Ingen kan hjelpe meg. Statens Undersøkelses kommisjon for helse- og omsorgstjenesten. (ISBN 978-82-8465-035-7). <https://ukom.no/rapporter/%22ingen-kan-hjelpe-meg%22/sammendrag>

Universitetet i Oslo. (2017, 26. September). Nettskjema-diktafon mobilapp. Hentet 23.04.2024, fra: <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>

Universitetet i Stavanger. (2022, 12. Januar). Lagringsguide for studenter. Hentet 23.04.2024, fra: <https://www.uis.no/nb/student/lagringsguide>

Malterud, K.. (2014). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*. 40(8), 795-805.  
<https://www.jstor.org/stable/45150634>

Mellesdal, L. (2014). *Predictors of suicidality and self-harm related admissions to psychiatric and general hospitals*. [Doktorgrad]. Universitetet i Bergen.

Myklestad I, Stene-Larsen K, Reneflot A [En kartlegging av publisert forskning og kunnskapsmangler på selvmordsfeltet i Norge ]". [A survey of published research and knowledge gaps in the research field of suicide in Norway] Rapport 2023 Oslo: Folkehelseinstituttet, 2023.

Markham, D. & Trower, P. (2003). The effects of the psychiatric label 'borderline personality disorder' on nursing staff's perceptions and casual attributions for challenging behaviours. *British Journal of Clinical Psychology*. 42(3), 243-256.  
<https://doi.org/10.1348/01446650360703366>

NICE (2009). *Borderline personality disorder: recognition and management*. National Institute for Health and Care Excellence.  
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg78/resources/borderline-personality-disorder-recognition-and-management-pdf-975635141317>

Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.B, & Sing, L.. (2008). Suicide and Suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*. 30(1), 133-154.  
<http://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>

Norheim, A.B., Grimholt, T.K., & Ekeberg, Ø.. (2013). Attitudes towards suicidal behaviour in outpatient clinics among mental health professionals in Oslo. *BMC Psychiatry*. 13(1), 90. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-90>

Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. LOV-1999-07-02-62. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>

Qin, P., Stanley, B., Melle, I. & Mehlum, L.. (2022). Association of Psychiatric Services Referral and Attendance Following Treatment for Deliberate Self-harm With Prospective Mortality in Norwegian Patients. *JAMA Psychiatry*. 79(7), 651-658.  
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.1124>

Straffeloven. (2005). Lov om straff. LOV-2005-05-20-28. Lovdata.  
<https://lovdata.no/lov/2005-05-20-28>



Saigle, V., & Racine, E. (2018). Ethical challenges faced by healthcare professionals who care for suicidal patients: A scoping review. *Monash Bioethics Review*. 35(1), 50-79.

<https://doi.org/10.1007/s40592-018-0076-z>

Saunders, K. E. A., Hawton, K., Fortune, S. & Farrell, S. (2012). Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 139(3), 205-216. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.024>

Smedslund G., Dalsbø, T.K. & Reinart L.M.. (2016). Effekter av sekundærforebyggende tiltak mot villet egenskade. En systematisk oversikt. [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [publisert (05.07.2016); lest (22.04.2024)]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2016/effekter-av-sekundaerforebyggende-tiltak-mot-villet-egenskade/>

Stene-Larsen K, Øien-Ødegaard C, Straiton ML, Reneflot A, Zahl PH, Myklestad I, et al. Selvmord i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert (16.11.2022); lest (21.04.2024)]. Tilgjengelig fra: (<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/selv-mord-i-norge/?term=>)

Walby, F.A., Astrup, H., Myhre, M.Ø. & Kildahl A.T. (2022). Selvmord under og etter kontakt med psykisk helsevern for barn og unge 2008 til 2018 – en nasjonal registerstudie. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hentet fra: [www.uio.no/kartleggingssysteme](http://www.uio.no/kartleggingssysteme)

## Vedlegg

- Vedlegg 1: Intervjuguide

### **Intervjuguide for prosjektet «Kronisk suicidalitet på somatisk avdeling: Perspektiver fra helsepersonell» (KSS-HP)**

*Dette dokumentet er ment som veiledning for de individuelle intervjuene som skal gjennomføres med helsepersonell. Små endringer kan forekomme etter hvert som prosjektet er i gang. Det vil ikke etterspørres noen form for sensitiv informasjon om pasienter eller fra deltagerne. I tillegg vil deltagerne informeres om taushetsplikten til forskerne som vil behandle innsamlet datamateriale.*

1. Vi er interessert i dine erfaringer med å behandle pasienter som blir innlagt gjentatte ganger grunnet villet egenskade, inkludert selvmordsforsøk, på somatisk avdeling.  
Hva tenker du rundt behandlingen av denne pasientgruppen?
  - a. Hva opplever du som vanskeligst i møte med denne pasientgruppen?
  - b. Hva opplever du som positivt i møte med denne pasientgruppen?
2. Hva tenker du om egen kompetanse i møte med denne pasientgruppen?
3. Hva har dere av tilgjengelige ressurser (e-læring/kurs/kollegialt/retningslinjer) for å behandle denne pasientgruppen på somatisk avdeling?
4. Hvis en pasient med kronisk suicidalitet motsetter seg hjelpen som tilbys, hvilken kompetanse, ressurser eller prosedyrer bruker du da?
  - a. Hva skulle du ønske du hadde av kompetanse, ressurser eller prosedyrer i tilfeller hvor pasienten motsetter seg behandlingen som tilbys?
5. Har du noen gang stått i en situasjon hvor dere måtte ta i bruk helsepersonell loven 7?  
I så fall, hvordan opplevde du din egen kompetanse i en slik situasjon?
  - a. Hva synes du selv om kompetansen du sitter med i møte med denne pasientgruppen?
6. Hvordan opplever du samarbeidet mellom somatikken og psykisk helsevern/psykiatrien?
7. Hvilken kompetanse skulle du ønske du satt med som helsepersonell i møte med kronisk suicidale på somatisk sengepost?
8. Med den kompetansen du har i dag når det gjelder denne pasientgruppen, hvordan føler du deg stilt i møte med pasienter som har kronisk suicidalitet?

- Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykke erklæring

## **Vil du delta i forskningsprosjektet «Kronisk suicidalitet på somatisk avdeling: Perspektiver fra Helsepersonell»?**

Dette er en forespørsel til deg som ønsker å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilke perspektiver helsepersonell har på egen tilgjengelig, eller utilgjengelige, kompetanse knyttet til behandlingen av pasienter med kronisk suicidalitet, som legges inn på somatisk avdeling. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Prosjektet har som formål å undersøke hvilke opplevelser og perspektiver helsepersonell har på egen kompetanse i møte med pasienter med kronisk suicidalitet på somatisk avdeling. Videre ønsker prosjektet å bidra til en kvalitetsforbedring for å gi helsepersonell den sikkerheten de trenger i arbeidet med pasientgruppen. Dette kan igjen bidra til økt pasientsikkerhet.

Problemstillingen er som følger: Hvilke perspektiver har helsepersonell på egen kompetanse i møte med kronisk suicidale i somatikken?

Forskningsprosjektet er en bacheloroppgave. Det vil også bli publisert en artikkel i fagfelleverdert tidsskrift.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Universitetet i Stavanger er ansvarlig for prosjektet. Stavanger Universitetssykehus er samarbeidspartner.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du blir spurt om delta på bakgrunn av at du er helsepersonell som arbeider/har arbeidet på Observasjons avdelingen (OBA) og/eller Tverrfaglig observasjonspost (TOBA) som ofte møter pasienter med kronisk suicidalitet på sin avdeling. Vi er interessert i dine erfaringer som helsefagarbeider, sykepleier, psykiatrisk sykepleier, psykiater eller lege i møte med denne pasientgruppen.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

For deg som velger å delta i studien vil vi be deg om å delta på individuelle intervju på 45-60 minutter. I intervjuet vil du bli spurt om de perspektivene du har om egen kompetanse i arbeidet med pasienter med kronisk suicidalitet som legges inn på somatiske enheter etter villet egenskade. Vi er altså ute etter dine erfaringer med din kompetanse i behandlingen som tilbys pasientgruppen når de legges inn i somatikken.

All informasjon som potensielt kan bidra til å identifisere deg vil bli anonymisert i henhold til gjeldene regelverk. Vi ønsker heller ikke sensitiv eller personidentifiserbar informasjon om pasienter.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert.

Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Dine kontaktopplysninger vil bli lagret separat fra intervjuene. Lydfilene lagres på sikre servere, i passord beskyttede mapper der kun medlemmer i prosjektgruppen har tilgang. Resultantene i prosjektet publiseres i en bacheloroppgave, artikkel i fagfellelvurdert tidsskrift og foredrag. Under intervjuene svarer du på vegne av deg selv, og vi vil ikke på noen tidspunkt identifisere dine innspill med navnet ditt.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter prosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes senest innen 30.06.2025, vi vil kunne lagre dataene til 30.06.2026, deretter vil alle dine personopplysninger bli slettet.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet)
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt informerte samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Stavanger har NSD / SIKT funnet at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personregelverket (19.05.2023).

### **Hvor kan du finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Stavanger ved Liss Gøril Anda ( [liss.anda@uis.no](mailto:liss.anda@uis.no) ) eller Annelin Festervoll ( [ai.festervoll@stud.uis.no](mailto:ai.festervoll@stud.uis.no) )
- Personvernombudet på Universitetet i Stavanger kan nåes på epost: [personvernombud@uis.no](mailto:personvernombud@uis.no) eller telefon 51 51 80 60
- Helse Stavanger, Personvernombud for på epost: [personvernombudet@sus.no](mailto:personvernombudet@sus.no) eller telefon 51518060
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ( [personvertjenester@nsd.no](mailto:personvertjenester@nsd.no) ) eller telefon: 55 58 21 17

Med vennlig hilsen

Liss Gøril Anda

Prosjektansvarlig / Veileder, Universitetet i Stavanger

Annelin Festervoll

Prosjektansvarlig / Bachelorstudent i psykologi, Universitetet i Stavanger

## Samtykkeskjema

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Kronisk suicidalitet på somatisk avdeling: Perspektiver fra helsepersonell», og har fått anledning til å stille spørsmål.

- Jeg samtykker til å delta på intervju.
- Jeg samtykker til at mine data kan lagres til 30.06.2026.

-----  
(Prosjektdeltakers navn med blokkbokstaver)

-----  
(Sted /dato /prosjektdeltakers signatur)

### - Vedlegg 3: Godkjenning SIKT

[Meldeskjema](#) / [Kronisk suicidalitet på somatisk avdeling: Perspektiver fra helseper...](#) / Vurdering

## Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**  
346047

**Vurderingstype**  
Standard

**Dato**  
19.05.2023

**Prosjekttittel**

Kronisk suicidalitet på somatisk avdeling: Perspektiver fra helsepersonell

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Universitetet i Stavanger / Det samfunnsvitenskapelige fakultet / Institutt for sosialfag

**Prosjektansvarlig**

Liss Gøril Anda-Ågotnes

**Student**

Annelin Festervoll

**Prosjektperiode**

02.05.2023 - 30.06.2025

**Kategorier personopplysninger**

Alminnelige

**Lovlig grunnlag**

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.06.2026.

[Meldeskjema](#) 

**Kommentar**

**OM VURDERINGEN**

Sikt har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket. Vi har nå vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene.

**KOMMENTAR TIL INFORMASJONSSKRIVET**

Informasjonsskrivet er godt utformet, men det er ikke samsvar mellom dato for prosjektslutt i skrivet (utgangen av 2024) og det som er oppgitt i meldeskjema (30.06.2025 med lagring frem til 30.06.2026). Disse datoene må samsvare.

I meldeskjema er det oppgitt at eksterne medarbeidere vil ha tilgang til personopplysninger. Dersom andre enn ansatte ved behandlingsansvarlig institusjon (Universitetet i Stavanger) skal ha tilgang til data med personopplysninger, må dette komme tydelig frem i informasjonsskrivet til deltakerne.

**EKSTERNE SAMARBEIDSPARTNERE**

Hvis data med personopplysninger skal deles med eksterne samarbeidspartnere, anbefaler vi at det inngås en skriftlig avtale der ansvarsforholdet mellom institusjonene er avklart.

**TAUSHETSPLIKT**

Forskningsdeltagerne har yrkesmessig taushetsplikt. De kan ikke dele taushetsbelagte opplysninger med forskningsprosjektet. Vi anbefaler at du minner dem på taushetsplikten. Merk at det ikke er nok å utelate navn ved omtale av elever, pasienter el. Vær forsiktig med bruk av eksempler og bakgrunnsopplysninger som tid, sted, kjønn og alder.

**FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER**

Det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt og hvilke databehandlere du kan bruke. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.).

Personverntjenester 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).

**MELD VESENTLIGE ENDRINGER**

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringer-i-meldeskjema>

**OPPFØLGING AV PROSJEKTET**

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

Lykke til med prosjektet!

- Vedlegg 4: Godkjenning eProtokoll, med godkjent endringsmelding.

## Tilbakemelding fra saksbehandler

### Helse Stavanger HF

#### Behandlet

Hei

Vi ser at alle dokumentene er lagt inn og studien kan starte.

Mvh

Forskningsavdelingen

## eProtokollnr:

4141-4503

## Institusjon

Helse Stavanger HF

## Institusjon utenfor eProtokoll

Universitetet i Stavanger

## Periode

Oppstart: 02.05.2023

Avsluttes: 30.06.2025

## Status

Innlevert

## Tilbakemelding fra saksbehandler

Helse Stavanger HF

**Behandlet**

Hei

Forskningsavdelingen har gått gjennom endringene og har ingen innvendinger. Prosjektet kan fortsette.

Mvh

Forskningsavdelingen