



UiO • Universitetet i Oslo

# Fastlegers erfaringer med selvmordsforebyggende arbeid

*“Det er ikke alltid psykiatri”*

Line Schjønnesen

Masteroppgave

Erfaringsbasert master i helseadministrasjon

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi,

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

Universitet i Oslo

5. mai 2022

## Sammendrag

**Tittel og sammendrag:** Fastlegers erfaringer med selvmordsforebyggende arbeid. En studie av fastlegers erfaringer og kunnskap om å hjelpe pasienter med selvmordsproblematikk.

**Bakgrunn:** I en systematisk litteraturgjennomgang av Folkehelseinstituttet har man sett på studier publisert mellom år 2000 og 2017. Målet med litteraturgjennomgangen var å sammenfatte resultater og beregne gjennomsnittlige kontakt med hjelpeapparatet. Det viste seg av de som hadde begått selvmord i dette tidsrommet så hadde mer enn 80 % vært i kontakt med fastlegen siste året forut for selvmordet.

**Formålet:** Jeg ønsker å vite mer om hvordan fastlegene kan bidra mer inn i dette arbeidet og hva slags helsehjelp som gis til denne pasientgruppa. Jeg ønsker å finne ut hva som skal til for at fastlegen tar opp spørsmål om selvmord, samt hva som kan være til hinder. Jeg ønsker også å se på forhold som påvirker fastlegens arbeid ovenfor denne pasientgruppa, og hvilke utfordringer de møter på.

**Metode:** Denne studien er gjennomført ved bruk av kvalitativ metode ved semistrukturerte intervjuer. Det ble intervjuet 8 fastleger ved ulike fastlegekontorer på Østlandet, både i kommune og i bydeler.

**Resultater:** Funnene viser at det er ulik kunnskap og erfaring om selvmords - risikovurdering og selvmordsforebyggende arbeid. Det er varierende interesse for fagfeltet, og det er ulik praksis med bruk av screeningsverktøy i vurdering av selvmordsrisiko. Fastlegene rapporterer om mangel på «tid» og «noen å konferere med» for å kunne gi bedre helsehjelp til pasienter som strever med selvmordsproblematikk. Funnene viser at kjennskap til pasientene og kontinuitet over tid gir bedre forutsetning for å kunne jobbe mer selvmordsforebyggende. Noen fastleger snakker om fastlege praksisen som en butikk hvor inntjening er basert på refusjoner, egenandel og takster, og hvordan det kan påvirke pasientbehandlingen. Studien beskriver pasienter som tar livet sitt uten å ha vært i kontakt med fastlegen, og ingen tidligere historikk på psykisk lidelse. Resultatene viser også at det er ønske om kompetanseløft innenfor selvmordsforebyggende arbeid blant legene. Ingen av fastlegene som ble intervjuet hadde kjennskap til ny handlingsplan for selvmordsforebyggende arbeid 2020-2025.

# Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en lærerik og arbeidskrevende prosess, men også en fin avslutning på et fint studie. Jeg har lært mye nytt, og det har vært flott å bli kjent med mange andre ledere i helsevesenet.

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

Jeg har vært så heldig å ha Helge Skirbekk som veileder på UiO. Han har vært en trygg, oppmuntrende og motiverende veileder, som har hjulpet meg igjennom arbeidet med masteroppgaven.

Takk til min leder på jobb, som gav meg skrivepermisjon, noe som gjorde at jeg kunne konsentrere meg 100 % om masteroppgaven. I tillegg vil jeg takke min stedfortreder som tok over daglig drift av jobben i den perioden jeg var borte i forbindelse med studiet og skrivningen.

Jeg vil også takke ph.d., psykologspesialist Johan Siqveland og psykologspesialist Tormod Stangeland for at de ville være med å reflektere rundt problemstillingen min tidlig i skriveprosessen, og komme med innspill til vinkling av forskningsspørsmålene.

Jeg er også veldig takknemlig for at fastlegene satte av tid til meg, og delte av sin kunnskap og erfaring igjennom intervjuene, i en hektisk tid med pandemi.

Til slutt vil jeg takke min kjære mann Roger og datter Martine som har vært tålmodige og gitt meg ro til å jobbe med oppgaven, og alle venner som har heiet på meg underveis.

Dette har vært krevende, men en fin tid, og jeg har lært enormt mye.

# Innholdsfortegnelse

<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>- 1 -</b>
<b>1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA</b> .....	- 1 -
<b>1.2 FORMÅLET MED OPPGAVEN</b> .....	- 2 -
<b>1.3 BEGREPSAVKLARING</b> .....	- 3 -
1.3.1 <i>Selv mord</i> .....	- 3 -
1.3.2 <i>Selv mordsrisiko</i> .....	- 3 -
1.3.3 <i>Selv mordsatferd</i> .....	- 4 -
1.3.4 <i>Depresjon</i> .....	- 5 -
<b>1.4 EMPIRI</b> .....	- 5 -
1.4.1 <i>Tidligere forskning</i> .....	- 5 -
1.4.2 <i>Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025</i> .....	- 7 -
1.4.3 <i>Depresjonsbehandling- forebygging av selvmord</i> .....	- 9 -
1.4.4 <i>Selv mord i Norge</i> .....	- 10 -
1.4.5 <i>Selv mordsforebygging i et bredere perspektiv</i> .....	- 12 -
1.4.6 <i>Fastlegeordningen</i> .....	- 13 -
1.4.7 <i>Kompetansehevende tiltak for fastlegene</i> .....	- 15 -
<b>1.5 FORSKNINGSSPØRSMÅL</b> .....	- 16 -
<b>2. TEORETISK RAMMEVERK</b> .....	<b>- 18 -</b>
<b>2.1 BIOMEDISINSK OG BIOPSYKOLOGISK SYKDOMSMODELL</b> .....	- 18 -
<b>2.2 PASIENTSENTRERT METODE</b> .....	- 19 -
<b>2.3 TEORIER OM SELVMORD OG SELVMORDSATFERD</b> .....	- 20 -
<b>3. METODE</b> .....	<b>- 24 -</b>
<b>3.1 VALG AV METODE</b> .....	- 24 -
<b>3.2 FORSKERROLLEN</b> .....	- 24 -
<b>3.3 UTVALG OG REKRUTTERING</b> .....	- 25 -
<b>3.4 GJENNOMFØRING AV INTERVJUER</b> .....	- 27 -
<b>3.5 ETIKK, PERSONVERN OG GODKJENNINGER</b> .....	- 28 -
<b>3.6 ANALYSEN AV INTERVJUENE</b> .....	- 28 -
<b>3.7 VALIDITET</b> .....	- 28 -
3.7.1 <i>Intern validitet</i> .....	- 29 -
3.7.2 <i>Ekstern validitet</i> .....	- 29 -
<b>3.8 REPETERBARHET</b> .....	- 29 -
<b>3.9 STYRKER OG SVAKHETER VED STUDIEN</b> .....	- 30 -
<b>3.10 LITTERATURSØK</b> .....	- 31 -
<b>4. RESULTATER</b> .....	<b>- 32 -</b>
<b>4.1 FOREKOMST</b> .....	- 32 -

4.2	DEPRESJONSBEHANDLING .....	- 34 -
4.3	STABILE FASTLEGER OVER TID.....	- 36 -
4.4	HVORDAN ØKE KUNNSKAPEN OM SELVMORDFOREBYGGENDE ARBEID BLANT FASTLEGER? - 37 -	
4.5	UTFORDRINGER MED HELSEHJELP TIL SELVMORDSTRUEDE PASIENTER .....	- 41 -
5.	DISKUSJON .....	- 46 -
5.1	FASTLEGERS MØTE MED PASIENTER MED SELVMORDSTANKER .....	- 47 -
5.2	VURDERING AV SELVMORDSRISIKO .....	- 49 -
5.3	NYE PERSPEKTIV PÅ SELVMORDFSFOREBYGGING.....	- 52 -
5.4	FASTLEGEORDNINGEN .....	- 54 -
5.5	KOMPETANSELØFT I DET SELVMORDFSFOREBYGGENDE ARBEIDET.....	- 55 -
5.6	HANDLINGSPLAN – INGEN Å MISTE .....	- 57 -
6.	KONKLUSJON OG VEIEN VIDERE .....	- 59 -
6.1	VEIEN VIDERE.....	- 60 -
	LITTERATURLISTE.....	- 61 -
	VEDLEGG 1.....	- 67 -
	VEDLEGG 2.....	- 71 -
	VEDLEGG 3.....	- 74 -

# 1. INNLEDNING

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Selv mord er et alvorlig tema som berører mange. I tillegg forsøker flere tusen nordmenn å ta sitt eget liv og selvskade seg selv. Derfor berører selvmordsadferd mange mennesker, og er et stor folkehelseproblem. Hvert eneste selvmord er en stor tragedie for familie og venner, som står tilbake i sjokk og sorg, og for det store fellesskapet som har mistet en av sine. I Norge har forebygging av selvmord vært på dagsorden siden 1993, i gjennom Nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge (Helsedirektoratet, 1993). I 2008 kom Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, deretter i 2014-2017 kom handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading (Helsedirektoratet, 2014).

Etter Ari Behns død i 2019 ble det satt mer fokus på selvmord og selvmordsforebyggende arbeid i den offentlige diskusjonen og i sosiale medier, og barrierer og stigma rundt temaet ble redusert, ved blant annet at kjente mennesker stod frem med sine personlige erfaringer rundt selvmordsforsøk eller å ha mistet noen nære i selvmord.

For til tross for tidligere handlingsplaner, hjelpetelefoner og markeringer lykkes det nemlig ikke å redusere antall selvmord som blir begått hvert år. I 2020 da pandemien brøt ut ble det ifølge Folkehelseinstituttet (FHI) registrert 639 selvmord i Norge. 467 menn og 172 kvinner døde av selvmord. Dette antallet er noe lavere enn i 2018 og 2019, men det er innenfor den variasjonen som er forventet av svingninger fra år til år (FHI, 2021). Så mot slutten av 2020 kom regjeringen med enda en handlingsplan rettet mot forebygging av selvmord, med tittelen *Ingen å miste*. Med den ble det innført en nullvisjon for selvmord i Norge innen 2025, Det vil si, en nullvisjon som skal bidra til at hjelpeapparatet arbeider mer kunnskapsbasert og systematisk, og ved å formidle et verdisyn om at alle har et felles ansvar i samfunnet for å bedre håndtere et alvorlig folkehelseproblem. Handlingsplanen tar utgangspunkt i erfaringer og kunnskap i fra Norge og internasjonalt, og er først og fremst rettet mot spesifikt selvmordsforebyggende arbeid. Det er gjort en kunnskapsoppsummering i handlingsplanen for forebygging av selvmord som er utformet i seks hovedmål med tilhørende tiltak. De seks målene omhandler, systematisk arbeid, kommunikasjon, begrense tilgang til metode for selvmord, god hjelp og gode behandlingsforløp, rask og langvarig oppfølging av etterlatte etter selvmord og økt forskning, kunnskap og kompetanse om selvmordsforebygging. Selvmordsforebygging er igjennom disse tiltakene høy aktuelt og en helsepolitisk målsetning i Norge (Helse og

omsorgsdepartementet, 2020). Jeg vil gå nærmere inn på handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025 senere i oppgaven.

## 1.2 Formålet med oppgaven

Det er kjent at selvmordsraten i Norge har vært relativt uendret i mange år, så hvilke tiltak skal man iverksette og hvilke intervensjoner har noe effekt på det selvmordsforebyggende arbeidet?

I en systematisk litteraturgjennomgang av Folkehelseinstituttet har man sett på studier om pasient kontakt med primær- og spesialisthelsetjenesten forut for selvmord (Stene-Larsen & Reneflot, 2017). Studien er internasjonal og publisert mellom år 2000 og 2017. Målet med litteraturgjennomgangen var å sammenfatte resultater og beregne gjennomsnittlige kontakt med hjelpeapparatet for siste år, siste måned, og siste uke forut for selvmord. Det viste seg av de som hadde begått selvmord i dette tidsrommet så hadde mer enn 80 % vært i kontakt med fastlegen siste året, 54 % siste halvåret, 44 % siste måned og 16 % siste uke forut for selvmordet. 31 % hadde vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten siste året.

I gjennom tidligere nasjonale retningslinjer og forebyggingsstrategier har mye av hovedfokuset vært rettet mot spesialisthelsetjenesten og på behandling av psykisk lidelser, mens det har vært mindre oppmerksomhet viet til primærhelsetjenesten og fastlegene.

Ettersom studier viser at mer enn 80 % av de som begår selvmord har vært i kontakt med fastlegen i løpet av det siste året bør dette kontaktpunktet utnyttes i det selvmordsforebyggende arbeidet. Jeg ønsker å vite mer om hvordan fastlegene kan bidra mer inn i dette arbeidet og hva slags helsehjelp som gis til denne pasientgruppa. Jeg ønsker å finne ut hva som skal til for at fastlegen tar opp spørsmål om selvmord, samt hva som kan være til hinder. Jeg ønsker også å se på forhold som påvirker fastlegens arbeid ovenfor denne pasientgruppa, og hvilke utfordringer de møter på.

Det vi vet, er at vi klarer ikke å predikere selvmord, og til tross for at selvmordsraten har vært relativt stabil i mange år er det behov for å se på flere effektive måter å forebygge selvmord på. I følge FHI og deres pågående forskningsprosjekt *Treatment pathways for suicide victims and suicide bereaved* – ønsker man å undersøke betydningen av helse- og velferdstjenestene i forebygging av selvmord i Norge, og fokusere på fastlegenes koordinerende rolle og identifisere behandlingsforløpene forut for selvmordet og

undersøke hvordan ulike forløp henger sammen med trekk ved de som dør i selvmord (FHI, 2019). Forskningsprosjektet blir avsluttet 31.12.2022.

### **1.3 Begrepsavklaring**

Her følger en oversikt over begreper som brukes ofte i oppgaven, samt en redegjørelse for hvordan disse forstås. Disse forståelsene legges til grunn når oppgaven skrives.

#### **1.3.1 Selvmord**

Retterstøls (1995) definisjon på selvmord er mye brukt i Norge:

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

Hvorfor ønsker og velger noen mennesker å avslutte sitt eget liv? Shneidman (1985), forklarer selvmord med livskrise og psykisk smerte. Selvmord kan for noen bli det endelig valget når den psykiske smerten og belastningen ved å leve blir for stor. For noen kan den psykiske smerten knyttes til fysisk eller psykiske lidelser, eller ulike kriser i livet. Som for eksempel dødsfall i nære relasjoner, ulykker, tap av arbeid, samlivsbrudd, økonomiske utfordringer og skam. Mens noen selvmordsforsøk er et rop om hjelp til bedre liv. Selvmord kan forstås som en avslutning på en prosess der ytre og indre belastninger ikke har avtatt, eller latt seg endre eller løse (Shneidman, 1985).

#### **1.3.2 Selvmordsrisiko**

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

En selvmordsrisikovurdering er både en vurdering av pasienten og situasjonen. Noe som forutsetter kunnskap om risikofaktorer, kliniske intervjuferdigheter og diagnostikk hos helsepersonellet. Vurdering av selvmordsrisiko er krevende og vanskelig for helsepersonell. Fordi det er ikke uvanlig hos mennesker med psykiske lidelser å ha tanker eller planer om selvmord, mens selvmordsforsøk og selvmord forekommer sjeldnere. Dette



gjør det komplisert å vurdere graden av alvorlighet og risikoen for at pasienten begår selvmord. For pasienter som svarer positivt på kartleggingsspørsmålene i vurderingen skal det foretas en systematisk og grundig vurdering av selvmordsrisiko (Helsedirektoratet, 2008, s. 14). I følge de nasjonale retningslinjene gjøres en slik vurdering på følgende måte ved å stille pasienten noen spørsmål.

- Har pasienten selvmordstanker?
  - Er tankene til stede hele tiden / av og til?
  - Har pasienten selvmordsplaner, og hvor konkrete er disse?
  - Hører pasienten stemmer som sier at han/hun skal ta livet av seg selv eller andre?
  - Har pasienten uttalt håpløshet eller dødsønske?
  - Har pasienten tilgang til våpen, farlige medisiner m.m. i hjemmet?
- (Helsedirektoratet, 2008).

### **1.3.3 Selvmordsatferd**

Selvmordsatferd er en samlebetegnelse på selvmordstanker, selvmordsforsøk og selvmord. Selvskading handler om å påføre sin egen kropp skade eller smerte, uten at personen ønsker å dø. Selvmordsforsøk blir brukt om skader man påfører seg selv med intensjon om å dø. De spørsmålene som særlig kommer opp i tilknytning til selvmordsforsøk og selvmord er spørsmålet om atferdens intensjon og hensikt. Helt uavhengig om utgangen av selvmordshandlingen ble overlevelse eller død er det ofte vanskelig å forstå intensjonen bak handlingen, og om det er en bevisst og villet handling. Spesielt krevende kan det være når det gjelder barn og unges risikoatferd, eller å skille dødsfall ved ulykker eller selvmord (UiO, 2022). Jeg vil benytte begrepet selvmordsatferd i oppgaven da det dekker alle former for ytring, fra betroelser om dødsønsker til gjennomført selvmord. Mange begrep kan omfavnes her: Suicidal, selvmordsforsøk, selvpåførte skader og villet egenskade er begreper som brukes for å beskrive selvmordsatferd som ikke nødvendigvis ender med døden, eller har døden til hensikt (Diserud, 2006). Selvmordsatferd kan forstås som et uttrykk om at suicidalitet er en atferd, heller enn kun et uttrykk for en psykisk lidelse;

Suicidal behavior is not a psychiatric diagnoses, such as depression or schizophrenia, but it is an act that always has its very personal and individual inner truth (Michel, 2011, s. 3)

### 1.3.4 Depresjon

Depresjon er en tilstand som er karakterisert ved senket stemningsleie, interesse- og gledesløshet og energitap eller økt tretthet og søvnforstyrrelser. Andre vanlige symptomer er redusert oppmerksomhet, konsentrasjon, selvfølelse, selvtillit og tanker og planer om selvmord og angst. En alvorlig deprimert person beskriver seg som tom og følelsesmessig flat, og gir uttrykk for at ingenting betyr noe lenger. Negative tanker og grubling dominerer det meste av tankevirksomheten.

Forekomsten av depresjon i befolkningen er høy, og det er anslått at hver femte person i løpet av sitt liv vil oppleve depresjon. Verdens helseorganisasjon rangerer depressiv lidelse å en fjerdeplass over de ti lidelser i verden som medfører størst tap av leveår og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2009). Jeg går mer i dybden på depresjon og behandling i kapittelet teoretiske rammeverk.

## 1.4 Empiri

### 1.4.1 Tidligere forskning

I 2016 ble det publisert en studie av Saini et al. fra Storbritannia om allmennlegers perspektiv på konsultasjoner med selvmords truede pasienter - *General practitioners' perspectives on primary care consultations for suicidal patients*. Studiet hadde som hensikt å se på fastlegers håndtering og interaksjoner med pasienter før de begikk selvmord. Målet med studien var å utforske fastlegenes tolkninger av pasientkommunikasjon og behandling i primærhelsetjenesten frem til selvmordet, og undersøke forholdet mellom fastleger og psykisk helsevern før en pasients selvmord. Det var 39 semistrukturerte intervjuer med fastleger, som hadde hatt pasienter som døde av selvmord. Prosessen ble gjennomført som en del av en retrospektiv studie. Temaer som kom frem i intervjuene var fastlegens tolkning av selvmordet og fastlegens ansvar kontra pasientens autonomi. Funnene i studien fremhevet følgende anbefalinger for fremtidig selvmordsforebygging i allmennpraksis: at man bør øke allmennlegens bevissthet om selvmordsrelaterte problemer og forbedre opplæring og risikovurderingsferdigheter; fjerne barrierer for tilgang til terapier og behandlinger som trengs i primærhelsetjenesten og forbedre forbindelsen og samarbeidet mellom tjenester for å gi bedre pasientresultater. Svakheten ved studiet var at det kun var rekruttert fastleger til studiet som hadde «mistet» en pasient i selvmord, fordi fastleger som

ikke har opplevd selvmord hos pasientene sine kan ha andre synspunkter på tema (Saini et al., 2016).

I en annen artikkel fra Bono & Lazaros fra 2015 fra en studie fra USA av - *Primary care assessment of patients at risk for suicide* beskriver man varseltegn og risikofaktorer hos pasienter med selvmordstanker. I tillegg anbefales det screeningverktøy som kan hjelpe fastlegen å identifisere pasienter i risikogruppen. Man anbefaler at fastlegene screener alle risikopasientene, som er eldre voksne og pasienter med komorbide medisinske tilstander. Pasienter som har mindre sannsynlighet for å rapportere selvmordstanker, og alle pasienter som er diagnostisert med en atferdsmessig eller emosjonell lidelse. Studien viser også at fastlegen må være forberedt, trent og ha kompetanse på selvmordsrisikovurderinger og selvmordsforebygging. Studien sier at selvmordsatferd kan forbygges, men da må legene kunne identifisere pasienter som er i risikogruppen. Oversikten i fra USA viser at det er anslagsvis 45 % av pasienter som hatt tatt selvmord, har vært hos fastlegen 1 måned til 1 år før de døde. Funnene i dette studie tyder på at det er barrierer for legene for å gjøre en selvmordsrisikovurderinger. Det viser seg at legene sjelden vurderer pasienter for selvmordsrisiko selv om pasienten er kjent for å være deprimert og antidepressiva er foreskrevet. Det er flere faktorer som avskrekker fastlegen fra selvmordsrisikovurdering, som for eksempel tidsbegrensning, mangel på kunnskap om selvmordsrisikovurdering, og mangel på tillit til å behandle de som er i faresonen, i tillegg til usikkerhet hos legen ved å starte en samtale om selvmord med pasienten.

Forskning har vist at de legene som har kompetanse til å vurdere pasienter med selvmordsrisiko, har større sannsynlighet for å screene, oppdage og henvise risikopasienter. Et screeningsinstrument bør brukes hos pasienter med depresjon, spesielt eldre voksne og de med komorbide medisinske tilstander. I tillegg fokuser på pasienter i perioder med høy risiko, for eksempel umiddelbart etter utskrivning fra sykehuset eller akuttmottak hvis pasienten har vært innlagt for selvmordsforsøk.

Det finnes ingen universell vedtatte nasjonale retningslinjer eller standardiserte screeningtester for selvmordsrisikovurdering spesifikt i primærhelsetjenesten.

Artikkelen sier at for at det skal være praktisk og nyttig, bør verktøyet være kort nok til å kunne utføres i primærhelsetjenesten. Beck Depression Inventory II (BDI-II) og Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) er egenrapporteringstiltak med god sensitivitet og spesifisitet i primærhelsetjenesten.

Oppsummering og konklusjon av dette studiet er at - selvmord krever 36 000 liv i året – nesten 100 per dag – i USA. Omtrent 1 % av amerikanerne vil dø av selvmord hvert år. 80 % av de som tenker på selvmord ønsker at andre skal innse deres følelsesmessige smerte og stoppe dem fra å dø. Selvmordsrisikovurdering hos fastlegen er avgjørende for å forebygge selvmord. Fastlegen spiller en betydelig rolle i å ta vare på pasienter med depresjon og vurdere dem for selvmordsrisiko, så å sørge for at fastlegene har kompetanse på dette, er en effektiv strategi for selvmordsforebygging. Å ha fokus på screening hos høy- risikopasienter kan redusere selvmordsraten (Bono & Lazaros, 2015).

#### **1.4.2 Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025**

Den nye handlingsplanen til regjeringen – *Ingen å miste*, omhandler forebygging av selvmord, og jobbe for nullvisjon av selvmord i Norge. En nullvisjon er en forpliktelse om å jobbe ut fra at vi ikke har noen å miste. Nullvisjonen skal gjelde for hele samfunnet, ettersom arbeidet for å forebygge selvmord hører hjemme i alle sektorer (Helse og omsorgsdepartementet, 2020).

Regjeringens mål med handlingsplanen er at mennesker med selvmordsrisiko skal få god hjelp og gode behandlingsforløp. I den forbindelse har man ønsket en tydeliggjøring av ansvaret i helselovgivningen. Dagens regulering av lovverket som skal bidra til forebygging av selvskading og selvmord er overordnet på systemnivå og er veldig generell. En tydeliggjøring av lovverket på systemnivå vil kunne bidra til at helseforetakene, kommunene og fylkeskommunene får en sterkere oppfordring til å sørge for at de har rutiner og systemer for å bidra til å forebygge selvskading og selvmord. De ansvarlige må sørge for at alle ansatte innenfor disse virksomhetene har den rette kompetansen og være i stand til å kunne forebygge og avverge. I tillegg være i stand til å oppfylle sin lovpålagte plikt til å gi forsvarlig helsehjelp til den enkelte. Dette innebærer ikke å lovfeste en ny plikt, men å tydeliggjøre et ansvar som allerede er i dagens lovgivning.

Handlingsplanen påpeker at pasienter og pårørende oftest kontakter fastlegen i forbindelse med selvmordstanker. Fastlegen har oftest god kjennskap til pasienten og situasjonen rundt pasienten og har gode forutsetninger for å iverksette gode egnede tiltak. Handlingsplanen sier også at noen studier tyder på at det er store variasjoner i kvaliteten, og manglende systemer i kommunene i Norge for behandling og oppfølging av mennesker med

selvmordsfare (Helse og omsorgsdepartementet, 2020, s. 34). I et pågående studie med Folkehelseinstituttet, Oslo Universitetssykehus og SINTEF undersøker man betydningen av selvmordsforebyggende arbeid, med særlig fokus på fastlegens koordinerende rolle. I dette studiet ønsker man å identifisere og beskrive forskjellige behandlingsforløp forut for selvmordet. Samtidig se på hvordan ulike forløp henger sammen med trekk ved de som dør i selvmord. Internasjonalt har man påpekt at primærhelsetjenesten og fastlegene har en sentral rolle i selvmordsforebyggende arbeid (Helse og omsorgsdepartementet, 2020, s. 35).

For å styrke kompetansen og øke kvaliteten på tjenestene i primærhelsetjenesten har Helsedirektoratet i samarbeid med kompetansemiljøene og bruker- og pårørendeorganisasjonene utarbeidet veiledende materiell om forebygging av selvskading og selvmord. I tillegg har Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging (NSSF) utviklet demonstrasjonsvideoer og e-læringsprogrammer for kartlegging av selvskading og selvmordsrisikovurdering, i tillegg til utarbeidelse av sikkerhetsplan med pasienten. E-læringsprogrammene har tidligere blitt omtalt i oppgaven.

Handlingsplanen 2020-2025 sier også noe om at alkohol-/rusbrukslidelser sammen med psykisk lidelse øker risikoen for selvmord betraktelig. Fastlegene er sentrale til å fange opp dette, og iverksette hjelp og tiltak. Regjeringen ønsker å øke fastlegenes bevissthet om pasienter alkoholproblem og utvikle verktøy for å håndtere dette.

I en nylig studie fra Nasjonalt senter for selvmordsforskning og – forebygging (NSSF) viser det seg at i fra 2008 til 2018 økte andelen ungdom som hadde rapportert selvskading fra 4 % til 16 %. For å kunne få en bedre oversikt og følge utviklingen av selvskading og selvmordsforsøk vil det være behov for å etablere et nasjonalt dataregister. Slik at de som tar kontakt med fastlege eller legevakt med skader etter selvskading eller selvmordsforsøk blir registrert. En slik samling av data er viktig fordi både selvmordsforsøk og selvskading øker risikoen for å gjennomføre selvmord. Både Irland og Danmark har et slikt register (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og - forebygging, 2020).

### 1.4.3 Depresjonsbehandling- forebygging av selvmord

I nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten fra 2009 står det at forekomsten av depressive lidelser er høy. Hver femte person vil i løpet av livet oppleve depresjon. Analyser viser at depresjon vil bli den ledende årsak til sykdom i den vestlige verden. I Europa står depresjon for 25 prosent av leveår som går tapt på grunn av sykdom og for tidlig død. Utredning og behandling av depresjon bør ifølge nasjonale retningslinjer utføres kunnskapsbasert og faglig. Anbefalingene bygger på systematisk gjennomgang av kvalitetsvurdert litteratur. Der er anslått at ¾ av deprimerte personer ikke får behandling. Av de som får behandling består den hovedsakelig av antidepressiv medikasjon foreskrevet av fastlege, og selv med riktig diagnose og riktig behandling kan det svikte, fordi pasientene mister troen på behandlingen og slutter med medisinene. Man ser også manglende kompetanse hos helsepersonellet til å stille rett diagnose og gi rett behandling, som gir svikt i tilbudet (Helsedirektoratet, 2009).

Alvorlig depresjon medfører høy risiko for selvmord (Inskip et.al.1998). Det er derfor viktig å sørge for adekvate selvmordsforebyggende tiltak iverksettes. Slik at en større andel av de som lider av depresjon får tidlig og riktig behandling. For noen år siden sluttet Norge seg til den europeiske alliansen mot depresjon EAAD (European Alliance Against Depression).

Hovedmålet til EAAD er å forbedre diagnostiseringen og optimalisere behandlingen for pasienter med depressive lidelser og å forhindre suicidal atferd. Noen av deres mål er:

- Tiltak for å forbedre omsorgen for pasienter rammet av depresjon og forebygge selvmordsatferd
  - Øke offentlig bevissthet om depresjon og selvmordsatferd
  - Gi informasjon og utdanning av allmennheten og fagfolk
  - Utføre forskning på intervensjoner for depresjon og forebygging av selvmord
- (Haga et.al. 2017).

De nasjonale retningslinjene overordnede mål er blant annet å bidra til økt oppdagelse og riktig diagnostisering av depressive tilstander og riktig bruk av medikamentell behandling. God behandling forutsetter grundig utredning av pasienten og pasientens livssituasjon.

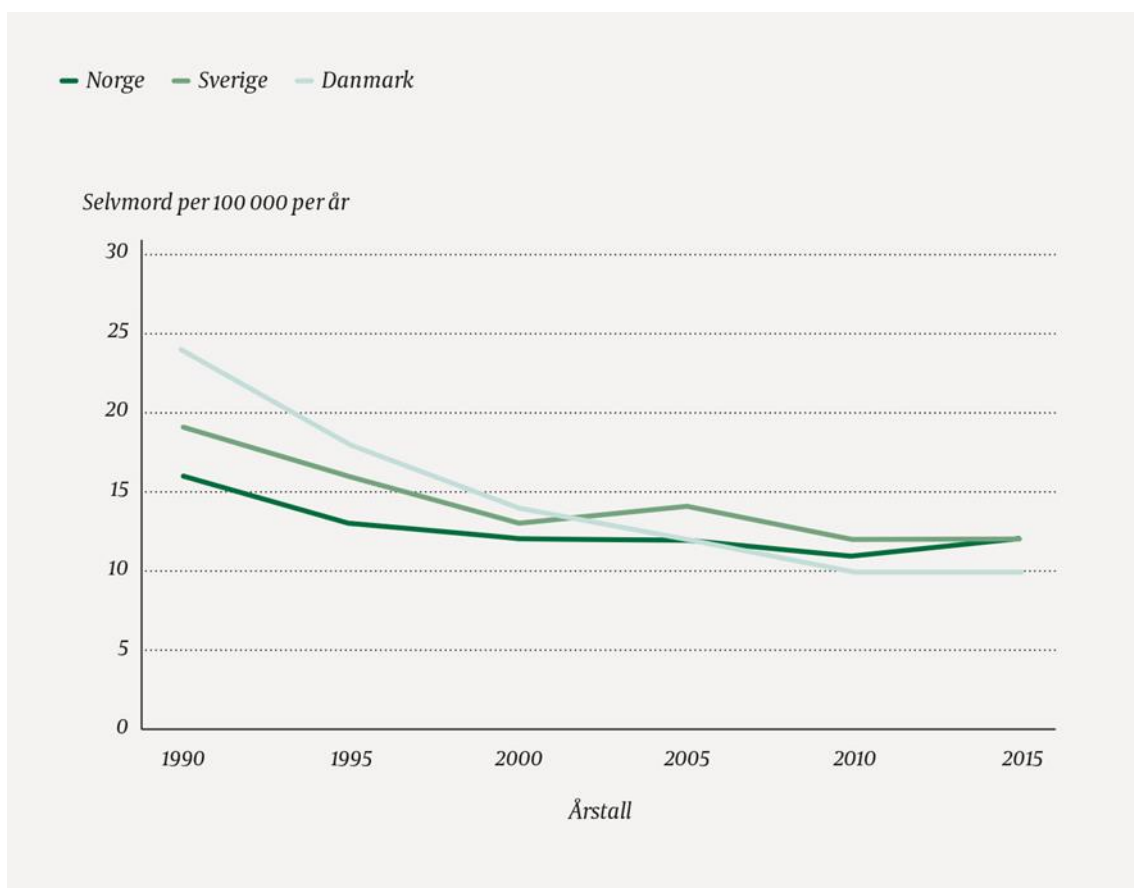
Bortimot halvparten av de som strever med depresjon oppsøker ikke hjelp, og de som oppsøker hjelp kan presentere somatiske plager, fremfor psykiske plager. Dette gjør diagnostiseringen krevende. Studier viser at fastlegene ofte overser depresjon, og at det er viktig med systematisk kartlegging igjennom klinisk samtale og bruke et kartleggingsskjema som et diagnostisk verktøy. For å vurdere depresjonsdybde, og et hjelpemiddel til å følge opp depresjonsbehandlingen anbefales det å bruke for eksempel Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) og BDI-II i primærhelsetjenesten. De siste spørsmålene på MADRS, som er mest brukt blant fastleger, omhandler selvmordstanker og selvmordsplaner. Disse måleinstrumentene er også nyttige som evaluering underveis, for å få innblikk i endringer av symptomer og i funksjonsnivå, og for å justere behandlingen. Det er også viktig å vite at depresjon kan være en direkte og fysiologisk følge av somatisk sykdom, bivirkninger av medisiner eller forårsaket av rusmidler. Pasienter som har fått depresjon som diagnose bør alltid spørres om selvmordstanker, og hvis det vurderes som akutt skal pasienten henvises til psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten umiddelbart.

Etter oppstart av medikamentell behandling for depresjon kan enkelte pasienter oppleve økende angst og uro, og få økende selvmordstanker. Helsepersonell skal være observante på slike symptomer, og informere pasienten om risikoen for slike tegn i tidlige stadier av behandlingen. Pasienter som påbegynner behandling med antidepressiva, og som anses for å ha økt risiko for selvmord, skal innkalles til kontroll innen en uke. Deretter bør en møtes så ofte som hensiktsmessig inntil risikoen er avtatt (Helsedirektoratet, 2009).

#### **1.4.4 Selvmord i Norge**

I følge en artikkel i Tidsskriftet Den Norske legeforening kalt - Hvorfor går ikke selvmordsraten ned i Norge? har selvmordstallene i Norge ikke gått ned på 20 år. Til tross for økte tiltak i fra myndighetene med handlingsplaner, økt kompetanse og bedre behandling. Mange selvmord skjer uten at mennesker har vært i kontakt med helsetjenesten, og samfunnsmessige og sosiale forhold er med på å påvirke at selvmordsraten ikke går ned (Ekeberg & Hem, 2019). I 1993 fikk man et nasjonalt program for å forebygge selvmord i Norge, og noen år etter kom handlingsplanen mot selvmord. Deretter i 2008 kom de første retningslinjene for å forebygge selvmord i psykisk helsevern, og i 2014 kom det en oppdatert handlingsplan mot selvmord og selvskading. Nylig kom det nok en ny handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025 – Ingen å

miste (Helse og omsorgsdepartementet, 2020, s. 6). Denne er omtalt tidligere i kapitlet. Likevel har ikke disse tiltakene resultert i stor endring av selvmordsraten fra 1995-2015. Man ser av figuren en ganske betydelig nedgang i Danmark, mens utviklingen i Sverige og Norge er stabil.



Selvmordsrater i Skandinavia 1990–2015 (Ekeberg & Hem, 2019)

Artikkelen har stilt spørsmål til selvmordsforebyggende tiltak fordi de kun er basert på et biomedisinsk kunnskapssyn med særlig fokus på depresjon. Man fant en mangedobling av forskrivning av antidepressive medikamenter i årene 1995-2005, som ikke medførte noen nedgang i selvmordstallene. Ettersom det ikke er endringer i forekomsten av psykisk sykdom eller behandlingstilbudet, tenker man at endringer i sosiale og relasjonelle forhold spiller en avgjørende rolle. Slik at hovedmålene for videre tiltak fremover bør være å fange opp selvmordstruede mennesker som ikke er i kontakt med helsevesenet (Ekeberg & Hem, 2019).



### 1.4.5 Selvmordsforebygging i et bredere perspektiv

På bakgrunn av et biomedisinsk kunnskapssyn tenker man at selvmord handler om psykisk lidelse, og at det er lidelsen som tar livet ditt. Dagens selvmordsforebygging er i stor grad basert på en biomedisinsk sykdomsmodell. Så ved å behandle den psykiske lidelsen, og særlig depresjon så tenker man at selvmordstallene vil gå ned. Man ser at det eksisterer lite forskning på kontakt med hjelpeapparatet for dem som tar livet sitt, utover studier av antall legebesøk før døden. Slik som det er beskrevet innledningsvis i denne oppgaven, at 80% av de som har tatt livet sitt har vært hos fastlegen året før.

I et prisbelønnet nyere studie fra Norge fra 2018 av psykologene og selvmordsforskerne Mette Lyberg Rasmussen og Gudrun Diesrud gjorde man 61 dybdeintervjuer med etterlatte til unge menn som hadde tatt selvmord - Etterlattes erfaringer ved selvmord hos unge menn – de mennene som hadde begått selvmord var i aldersgruppen fra 18-30 år. De unge mennene hadde ikke vært i kontakt med helsetjenester i forkant av selvmordet, og intervjuene fant sted 6-18 måneder etter selvmordet. De etterlatte ble spurt om de hadde tanker om hva som eventuelt var årsaken til selvmordet, og om man kunne knytte noen negative livshendelser i perioden før selvmordet. Man så i tillegg på personlighetstrekk, interpersonlige relasjoner, rusmiddelbruk og andre forhold knyttet til avdødes psykiske tilstand. Samt at de etterlatte ble spurt om de hadde noen tanker om hva som kunne ha forhindret selvmordet.

Funnene i dette studiet viste at det ikke var noen selvmordsfare knyttet til disse mennene før selvmordet, og alle de unge mennene hadde fravær av symptomer på alvorlig psykiske lidelse og de hadde høy mestringsevne. Selvmordet var knyttet til relasjonelle forhold og livsbelastninger. Andre resultater som studiet avdekket var at de etterlatte og hjelpetjenesten manglet kunnskap om selvmord hos mennesker med høy mestringsevne. I tillegg pekte de etterlatte på behovet for generell informasjon både til helsepersonell og befolkningen om kompleksiteten ved selvmord. Det betyr at fagfolk må formidle at mennesker med høy mestringsevne også kan begå selvmord, spesielt når det skjer en endring i atferden. Studien sier også at de etterlatte uttrykker at kunnskapsformidlingen til allmennheten om årsaker til selvmord har vært for snevert konsentrert om psykiske lidelser. Et annet viktig aspekt som kom frem i denne studien er opplysningskampanjer om

selvmord, og at det må etableres lavterskeltilbud for mennesker i livskriser i alle kommuner (Rasmussen & Dieserud, 2018).

#### **1.4.6 Fastlegeordningen**

Fastlegeordningen ble innført i Norge i 2001. Det er kommunen som har ansvaret for å organisere fastlegeordningen og sørge for at innbyggerne som ønsker det får en fastlege. Ordningen er hjemlet i «forskrift om fastlegeordningen i kommunene» (Lov-2011-06-24-30-§3-2, Lov-1999-07-02-64-|§14). En fastlege er en lege som inngår en avtale med en kommune om å delta i fastlegeordningen, det kan enten være som selvstendig næringsdrivende eller som ansatt i kommunen (Helfo, 2022). Målet med denne ordningen er bedre tilgjengelighet, større valgfrihet og økt kvalitet i allmennlegetjenesten. Hver enkelt fastlege får sin egen liste med pasienter, og pasientene har lovfestet rett til valg av lege. Et annet mål med fastlegereformen har vært å bedre tilbudet og kvaliteten til kronisk- og alvorlige syke pasienter og pasienter med psykiske lidelser (Grytten et al., 2005).

Innføring av fastlegeordningen i 2001 ga alle en rett til å stå på en liste hos en fastlege. Ordningen skulle også bidra til å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten gjennom kontinuitet i lege-pasientforholdet, bedre legetilgjengelighet for pasientene og gi en mer rasjonell bruk av de samlede ressursene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2004). Fastlegen har et definert ansvar for pasientene på sin liste såkalte listepasienter. Fastlegeordningen var vellykket ifølge en evaluering gjort av Norges forskningsråd i 2006. Evalueringen konkluderer med at ordningen hadde ført til bedre og mer stabil legedekning, bedre tilgjengelighet for befolkningen til allmennlegetjenester og kortere ventetider (Norges forskningsråd, 2006).

Slik er ikke situasjonen for fastlegene i dag. Man snakker om en fastlegekrise, og undersøkelser viser de siste årene at fastlegeordningen har flere utfordringer. Fastlegene opplever økt arbeidsbelastning etter at samhandlingsreformen i 2011 førte til at det ble mye flere oppgaveoverføringer i fra sykehusene til fastlegene. Med dette økte arbeidsmengden markant. Samtidig så sliter kommunene med å rekruttere og etablere fastlege praksiser. I tillegg er fastlegeordningen organisert med franchiseløsning, slik at legene eier og driver sin egen butikk. I tillegg tar de all risikoen for banklån, drift og underskudd selv (Norges

forskningsråd, 2006). Forventningene til tjenesten har endret seg og fastlegetjenesten oppleves i økende grad som mindre tilgjengelig, mindre helhetlig og mindre koordinert for pasientene (Helsedirektoratet 2021).

I følge rapport fra Helsedirektoratet (2021) oppfølging av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 kvartalsrapport 3. kvartal 2021 inneholder den en rekke tiltak som skal bidra til å løse utfordringen. Målet er å skape en bærekraftig fastlegeordning og en fremtidsrettet allmennlegetjeneste av høy kvalitet. Rapporten i fra Helsedirektoratet viser at kontinuitet i forholdet mellom pasient og lege gir større tilfredshet og bedre samarbeid. Det gir bedre forebygging, bedre behandling og bedre oppfølging. Kontinuitet i forholdet mellom pasienten og fastlegen kan redusere legevaktbesøk, sykehusinnleggelses og spesialistbesøk, og være med å bidra til redusert dødelighet blant pasienter.

I en kvalitativ analyse i fra 2020 så man på faktorer som påvirket fastlegene til å forbli i allmennpraksisen på tross av høyt arbeidspress og økende krav. Forskere fra Allmennmedisinsk forskningsenhet ved NORCE har sett på motivasjonsfaktorer og balansen mellom faglig engasjement og utbrenthet. Studien gir ny kunnskap om hvordan motivasjonsfaktorer som variasjon, autonomi, en følelse av å gjøre en forskjell, en kontinuitet i lege-pasientforholdet og en utvikling av egne mellommenneskelige ferdigheter. Analysen støtter opp om tidligere funn fra tidligere studier om balanse mellom fritid og arbeid, fleksibilitet og variasjon. Kunnskap om disse motivasjonsfaktorene og forebygge utbrenthet blant legene kan være med på å sikre en bærekraftig rekruttering og beholde fastlegene (NORCE, 2020).

I 2017 fikk Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU i oppdrag fra KS-kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon å gjennomføre et forskningsprosjekt med mål om å bidra til bedre kunnskaper om fastlegenes helsefremmende og forebyggende arbeid. Deriblant øke innsikten om hvilke barrierer og fasilitatorer som styrer utviklingen på feltet i allmennpraksis og eventuelt hvordan allmennlegetjenesten kan bidra i lokalt i det helsefremmende arbeidet. Av studiet fremgår det at det er stor variasjon i helsefremmende og forebyggende

aktivitet blant fastlegene. I studiet ser man blant annet flere årsaker til økt arbeidsbelastning og liten tid til forebyggende arbeid. Omfanget av forebyggende legemiddelbehandling er noe av det som har vokst sterkest i omfang. Legenes utøvelse av helsefremmende og forebyggende arbeid i egen praksis fremstod med lite systematikk, usikkerhet og dårlig samarbeid med kommunene. Man ser ut i fra studiet at det er et gap mellom hva sentrale myndigheter igjennom regelverk og forventninger har uttrykt og det fastlegene selv forteller om de faktiske forholdene. Studiet avdekker også at selv om sentrale myndigheter har lagt til rette for at fastlegene skal kunne gi bidrag til folkehelsearbeid lokalt, så ser man selv etter fem år at samarbeidet mellom kommune og fastlege fortsatt ikke har kommet i gang. Mangel på en felles forståelse og mangel på kunnskaper og ferdigheter på feltet fremstår som hindringer for videre involvering og utvikling av fastlegerollen i et helsefremmende perspektiv og folkehelsearbeid. Det ble også trukket frem i studiet at liten tid var det fastlegene hyppigst nevnte som årsak, men at det fungerer også som en tildekning av andre forhold. Likevel, ved gjennomgang av forskningslitteraturen er det vanskelig å undersøke at arbeidsmengden har økt vesentlig for allmennlegene. Vi har funnet en rekke forhold som spiller inn, men en stor del av merbelastningen kan tilbakeføres til demografiske endringer og økt legemiddelbehandling (Rønnevik et al., 2020).

#### **1.4.7 Kompetansehevede tiltak for fastlegene**

På NAPHA-Norsk kompetansesenter for psykisk helsearbeid kan man lese en artikkel i fra 30.01.16 om et e-læringskurs om selvmordsrisiko. Selv om artikkelen er noen år gammel, så tenker jeg at innholdet er høyest aktuelt for problemstillingen jeg tar opp i oppgaven, som omhandler blant annet hvilken kunnskap fastlegene har om selvmordsforebyggende arbeid og hvordan det kan forbedres. Artikkelen beskriver et e-læringskurs i selvmordsrisikovurdering lansert av Nasjonalt senter for selvmordsforskning og – forebygging (NSFF). Målet med kurset er å hjelpe og ruste opp fastlegene til å gjøre de i bedre stand til å oppdage og håndtere risiko for selvmord.

I følge psykiater Lars Mehlum som er leder for Nasjonalt senter for selvmordsforskning og –forebygging - er et besøk hos fastlegen en gylden mulighet til å oppdage tegn på selvmordsrisiko. Han sier videre at mange pasienter har vært i kontakt med fastlegen i tiden før selvmordet, men uten at selvmordsrisikoen er blitt fanget opp. Nasjonalt senter

ønsker å bidra til å redusere antall selvmord, og mener at vi må jobbe mer aktivt mot en nullvisjon. Akkurat slik Trygg Trafikk gjorde på 1970-tallet hvor det ble drept fire ganger så mange i trafikken som nå, selv om det var færre biler og mindre befolkning enn i dag.

Artikkelen på NAPHA tar for seg noen tiltak som fastlegene kan lære seg i forbindelse med selvmordsrisikovurdering (Mehlum, 30.01.16).

- Lag en sikkerhetsplan. Det er en plan for hva pasientene selv kan gjøre for å oppdage i tide at de får økte selvmordstanker, og kunne iverksette egne tiltak for å redusere slike tanker, forteller han
- Distraksjon. Ett slikt tiltak kan være distraksjon som leder tankene over på noe annet
- Planen bør også inneholde en liste over personer de kan kontakte og snakke med om distraksjonsteknikkene eller andre mestringstiltak ikke virker. Det kan være folk både i det sosiale nettverket og blant fagfolk
- Ikke farlig å spørre direkte om selvmordstanker. Vi må spørre om selvmordstanker oftere enn i dag, særlig hvis indirekte tegn gir grunn til bekymring eller hvis det er noe ved pasientens kommunikasjon om sine problemer som ikke helt rimer. Vær aktiv og foroverlent i dette. Det er en myte at det å stille direkte spørsmål om selvmordstanker kan øke selvmordsfaren.

## **1.5 Forskningsspørsmål**

Som helsepersonell har også jeg opplevd at pasienter har tatt sitt eget liv mens de har vært i behandling. Som fagperson og medmenneske har jeg også kjent på følelser som smerte og sorg over at hjelpen ikke har strukket til og at man ikke har klart å fange opp alvorligheten i selvmordsadferden, eller hvor krevende det kan være å møte sorgen til pårørende. Alle møtene med pasienter og etterlatte har satt avtrykk etter seg, og man lurte alltid på om noe burde vært gjort annerledes med helsehjelpen? Hvordan skal man hjelpe disse pasientene? Er det noe man som hjelper overser? Hva med systemene og hjelpeapparatet? Hvor er disse pasientene? Samhandling mellom 1. og 2. linjetjenester og overganger mellom sykehus og kommune etter innleggelse? Hva skjer hos fastlegene, og hvilke erfaringer har de med

denne pasientgruppa? Eller hvordan få mennesker som strever med selvmordstanker til å si det til noen eller søke hjelp hos helsetjenesten?

Jeg har formulert mine forskningsspørsmål på bakgrunn av empirisk forskning og mine refleksjoner.

**\*Hva skal til for at en fastlege spør en pasient om selvmordstanker?**

**\*Hvilken kunnskap har fastleger om selvmordsforebyggende arbeid?**

**\*Hva er de største utfordringene eller hindringene fastleger har i møte med pasienter med selvmordstanker?**

Jeg vil avgrense oppgaven til kun å ha fokus på fastleger som jobber på fastlegekontorer på dagtid, og deres møter med pasienter med selvmordsadferd. Masteroppgaven skrives med utgangspunkt i fastlegers møte med pasienter som er på deres pasientliste, eller som kommer til fastlegekontoret for å få hjelp hos en vikar fastlege. Mange fastleger jobber også på legevakt, men det er ikke med i denne studien her. Jeg kommer heller ikke til å ta for meg selvmordsforebyggende arbeid i spesialisthelsetjenesten eller i psykisk helse i kommune.

## **2. TEORETISK RAMMEVERK**

I denne delen vil jeg gjøre rede for teoretiske perspektiver over temaer i oppgaven som belyser problemstillingen jeg ønsker å utforske. Min vurdering er at teoretiske perspektiver kan brukes som et bakteppe og inspirasjon for oppgaven, og kan brukes overordnede for å forstå, analysere og diskutere funnene. I de fleste studier utvikles den teoretiske referanserammen underveis. Malterud (2017) sier at det kan være mange gode grunner til at den teoretiske referanserammen endres underveis. Den teoretiske referanserammen for denne studien har blitt til mens oppgaven har tatt form. I kvalitative studier vil det være flere alternative teoretiske modeller til disposisjon. Virkeligheten kan forstås på mange ulike måter og ses på med mange ulike briller. Brillene vi har på oss danner den teoretiske referanserammen. Den teoretiske referanserammen består av teorier, begreper, modeller, definisjoner og forskningstradisjoner som brukes til å strukturere og fortolke materiale og funn (Malterud, 2017).

### **2.1 Biomedisinsk og biopsykologisk sykdomsmodell**

På slutten av 1800-tallet og første halvdel av 1900-tallet hadde vi en epoke som var preget av vitenskapelig forskning som skulle få stor betydning for utviklingen av de medisinske fagområdene i vestlige land. Utviklingen førte til bedre diagnostikk og nye metoder for behandling. Dette påvirket også vår eksisterende forståelse av sykdom (Tranøy 1992; Sundstrom 1993). I tiden som fulgte var vitenskapelig forskning preget av en bestemt forståelse av sykdom og en bestemt vitenskapelig modell, som senere ble kalt den biomedisinske modell. Det vitenskapelige idealet for denne modellen var å beskrive ulike fenomen så nøyaktig og utvetydig som mulig, samt å avdekke lovmessigheter og kausalitet. Målet var å utvikle en universell kunnskap om virkeligheten. I denne helsemodellen er helse fravær av sykdom. Sykdom blir definert som medisinsk forstått og empirisk avvik fra sunnhetsnormen. Denne helsemodellen hører sammen med en sykdomsmodell som man ofte kaller reduksjonistisk. Fordi den hevdes å redusere sykdommer til tilstander i mindre kroppsdeler eller til begrensede biologiske prosesser. Den biomedisinske modellen har vært kritisert for å være for snever. Sykdom blir definert som avvik fra normalen og helse blir oppfattet som normaltilstanden (Tranøy 1992; Sundstrom 1993).

Som et alternativ til den biomedisinske modellen ble den biopsykososiale forståelsesmodellen mye diskutert da den ble lansert for rundt tretti år siden ifølge professor i psykiatri Erik Falkum. Den hadde fokus på å forstå sykdom i lys av både det mentale, det sosiale og de biologiske faktorene. Modellen prøver å forstå psykisk helse og psykiske lidelser gjennom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer med at psykiske lidelser er et produkt av et komplekst samspill mellom disse tre faktorene. Ifølge Falkum er ikke modellen blitt konkretisert eller videreutviklet på noen systematisk måte. Den biopsykososiale modellen var en radikalt ny systemkritisk måte å forstå psykiske lidelser på, der biologien ikke hadde forrang (Falkum, 2008).

## **2.2 Pasientsentrert metode**

Psykologen Carl Rogers introduserte begrepet “the person-centered method” på 1940-tallet. Senere snakket man om en pasientsentrert metode som et uttrykk for pasientens opplevelse av sykdom. Begrepet ble senere brukt av Davis Tuckett som beskrev konsultasjonen mellom allmennlegen og pasienten som «a meeting between experts», et møte der pasientens autonomi fikk høy prioritet. Men det er først og fremst den engelsk-kanadiske allmennlegen Ian R. McWhinney som har gitt mening til begrepet pasientsentrert medisin i allmennpraksis. Ifølge McWhinney handler dette om å gi pasientens subjektive sykdomsopplevelse likeverd med tradisjonell medisinsk forståelse. Det er legens oppgave å legge minst like stor vekt på pasientens sakliste som på sin egen biomedisinske sakliste i samtalen på kontoret. Legens oppgave er å sammenfatte dette til en felles forståelse med pasienten som kan danne grunnlag for videre samarbeid og handling. Den pasientsentrerte legen har fokus på den biopsykososiale referanserammene, og som er interessert i psykiske og sosiale forhold for å få tak i pasientens opplevelse av sykdommen. Den pasientsentrerte legen søker ikke bare diagnosen, men også betydningen av sykdommen for pasienten igjennom pasientens øyne. Hittil har utviklingen av pasientsentrert metode vært aktuelt innenfor allmennmedisin, men interessen er økende innenfor andre spesialiteter også (Malterud & Steinsland, 2016).

Motsetningen til dette er en doktorsentrert metode. Hvor målet for legen er å stille en presis diagnose, og hvor legen er mest interessert i laboratorieprøver og røntgenbilder. Man assosierer dette med den paternalistiske legen som er tilhenger av en biomedisinsk



sykdomsmodell og mest opptatt av pasientens sykdom (disease) (Malterud & Steinsland, 2016).

### 2.3 Teorier om selvmord og selvmordsatferd

Selvord og selvmordsatferd har blitt tolket på ulike måter opp igjennom tidene. Utviklingen av teorier og perspektiver på hvorfor mennesker tar sitt eget liv har endret seg. Statistikker, analyser og ulike årsaksforklaringer har gjort seg gjeldende for å forklare selvmord, og ulike teorier har fulgt hverandre og fått utvikle seg.

På slutten av 1800-tallet utviklet den franske sosiologen *Emil Durkheim* en innflytelsesrik teori om selvmord. Durkheim kritiserte datidens liberalistiske samfunn -og menneskesyn, og så på selvmord som skapt av «samfunnets forstyrrede regulering av individet». Som kunne medføre over – eller underregulering av moral eller for mye eller for lite sosial integrasjon. Durkheim ønsket å formidle en teori som kunne forklare selvmord som en respons på samfunnets krav knyttet til frihet og makt (Joiner, 2007). En grunnleggende del av hans teori var at individuelle karakteristikk som mentale forstyrrelser ikke forårsaket selvmordsatferd, men at det handlet om maktstrukturer i samfunnet og hvordan de forholdt seg til individene. Denne teorien er ulik tidligere forklaringer på selvmord, som har vektlagt individuelle karaktertrekk som årsaksforklaring. Durkheim presenterer fire typer selvmord: altruistisk, egoistisk, fatalistisk og anomisk (Durkheim, 1951). Han beskriver selvmord på en helt annen måte enn hva som var gjort tidligere. Durkheim fokuserer og poengterer på hvordan samfunnet regulerer individer og maktstrukturer, fremfor å fokusere på individuelle karaktertrekk, som driver et individ til å forstå selvmord som eneste mulige utvei.

Det *psykodynamiske perspektivet* på selvmord skiller seg fra Durkheims sosiologiske perspektiv ved at selvmordet sees på som drevet frem av indre krefter og konflikter i individet. Det psykodynamiske perspektivet fokuserer på individet, og at selvmordsatferden drives frem av krefter delvis utenfor individets kontroll og valg muligheter. Dette perspektivet fokuserer også på samfunnets regulering av individet igjennom moralske systemer, slik som Durkheim gjorde, og hvordan skyldig etterlevelse til disse kan medføre en opplevelse av at det ikke er noen annen mulig løsning på individets

problem enn å ta livet sitt. I et psykoanalytisk teori forstår man primært selvmord i et individuelt perspektiv der intrapsykiske krefter, indre prosesser, motiver og fantasier i den enkelte tillegges stor betydning. Betydningen av barndommen, tidlige traumer som seksuelle overgrep eller fysisk og psykisk mishandling for utvikling av selvmordsrisiko i ungdomsårene og senere i livet vektlegges. Man har også fokus på tidligere tapsopplevelser som opphav til slike maladaptive reaksjonsmønstre man kan se senere i livet. Hvor man ser sammenhenger mellom tidlig tap i livet og senere selvmordshandlinger. I denne sorgen kan det ligge både ensomhet, tomhet og fortvilelse, som kan medføre både selvforakt, selvdestruktivitet og selvmord. Bak mange selvmord ligger det nettopp slike akutte tap av selvfølelse basert på tap av menneskelige relasjoner eller på krenkelser av den enkeltes fysiske eller psykiske integritet (Menninger 1938).

Det *kognitive perspektivet* på selvmord og selvmordsatferd beskriver prosesser og faktorer som påvirker individet til å tilnærme seg selvmord. Det kan ses på slik Durkheim kritiserte det liberalistiske perspektivet på selvmord på 1800-tallet, og har flere likhetstrekk med hans teori. Allikevel skiller det kognitive perspektivet seg fra tidligere forståelser, ved at man tenker at individet har større handlingsrom og dermed flere valg. Eksistensialister anerkjenner selvmord som et rasjonelt valg, mens det kognitive perspektivet ser valget som tvunget frem som eneste løsning i et belastet kognitivt system og ikke som et fritt og rasjonelt valg. Det kognitive perspektivet fokuserer på kognitive prosesser i det enkelte individ, men bringer med seg innsikt fra tidligere perspektiver med andre fokus - og analyseområder. Dette perspektivet på selvmord er en av de mest dominerende teorier til å forklare selvmordsatferd i dag (Lester, 1988; Nock et al., 2008). Psykiater og professor Aron T. Beck (1976) fant at håpløshet var den kognitive komponenten som var mest reliabel korrelert med selvmord, selv mer enn depresjon (Beck, 1976).

Shneidman (1977) beskriver hvordan psykisk smerte motiverer individet til å ta livet sitt når de ulike aspektene ved selvmordsatferd er tilstede. Shneidman identifiserte fem klynger med psykologiske behov som selvmord ofte faller innenfor: 1) forhindret kjærlighet, aksept, og tilhørighet; 2) brudd i opplevelse av kontroll, forutsigbarhet, og en ordnet verden; 3) et selvbilde under angrep og unngåelse av skam; 4) brudd i viktige relasjoner og påfølgende sorg og tapsopplevelse; 5) overdrevet sinne, raseri, og fiendtlighet. Det suicidale individet forsøker å finne logiske løsninger på en uutholdelig smerte og situasjon, og sammen med følelsen av hjelpeløshet og håpløshet kan tanken om

døden ses på som den eneste logiske utveien. Ambivalens til døden, med samtidig ønske om leve utarter seg som en stor konflikt i individet. Selvmord forkommer idet affekt og intellekt innskrenkes, og ingen andre utveier eller løsninger på problemet blir presentert i det kognitive systemet (Shneidman, 1996). Ulike teorier har ofte forskjellige måter å definere selvmordsatferd på. I et kognitiv psykologisk perspektiv har man særlig fokus på tankeprosesser som hemmer aktiv problemløsning hos selvmordstruede mennesker. I tillegg har man vært opptatt av å se på suicidale tankeprosesser, de som leder fra selvmordstanker til selvmordshandling. Kognitiv psykologi er opptatt av å forstå hvordan mennesket oppfatter, tolker og forklarer seg selv. Det kan for eksempel være slik når det gjelder selvmord – man tar et overblikk over sine mulige valg- selvmord dukker opp som et valg, men det blir forkastet igjen og igjen. Så, tilslutt så aksepterer man selvmord som en løsning, man legger planer for metode og gjennomføring og holder fast på det som eneste løsning (Shneidman 1985). I følge Aron T. Beck (1990) tenker man at kognitive prosesser alltid har en mulighet for feiltolkninger, feilpersepsjon og derav feil beslutninger. Når dette blir framtrepende, vil det innsnevre den enkeltes valgmuligheter eller føre til en kognitiv rigiditet, mangelfullt utviklet problemløsende evne eller følelse av håpløshet. I kognitiv psykologisk teori beskrives depresjon, og utvikling av selvmordstanker som en tilstand preget av et negativt selvbilde, av fastlåste tankemønstre, skuffelse, resignasjon og negative fortolkninger av aktuelle hendelser og et negativt syn på fremtiden. Denne virkelighetsforståelse vil kraftig redusere evnen til å kunne motta korrektive impulser, og se nye muligheter og dra nytte av mellommenneskelige kontakt (Beck, 1976).

Thomas Joiners *interpersonlige teori (ITS)* (2007) om selvmord er en relativt ny modell for selvmordsatferd. Joiner undersøker hvorfor noen som opplever smerte, håpløshet, og tap begår selvmord mens andre ikke gjør det. ITS er en modell for selvmordsatferd som bygger på at alvorlig selvskading og selvmord kan forklares igjennom interaksjon mellom tre komponenter. To av komponentene, manglende tilhørighet og opplevelsen av å være en byrde for andre, forklarer hvordan selvmordstanker oppstår. Den tredje komponenten forklarer hvorfor et mindretall av de som har selvmordstanker dør av selvmord. Ifølge denne teorien er det å skade seg alvorlig utløsende for å beskytte seg, og bare de med oppøvd evne til å skade seg selv alvorlig kan overkomme den. Det er når det er fravær av tilhørighet, opplevelsen av å være en byrde og evne til alvorlig selvskading til stede samtidig at selvmord skjer. Joiners interpersonlige teori beskriver hvordan gjentatte

avvisninger, utfordrende relasjoner, motgang, psykisk smerte og dysfunksjonelle reguleringsmetoder bidrar til selvmordsatferd. Denne teorien viderefører tidligere perspektiver, samtidig som det tilfører nye innsikter av fenomenet.

Disse ulike teoretiske rammeverkene fra Durkheim til Joiner trekker frem ulike komponenter som er viktige faktorer for å forklare hvorfor noen mennesker tar livet sitt.

## **3. METODE**

### **3.1 Valg av metode**

Jeg ønsker å få innsikt i fastlegenes arbeid med pasienter med selvmordsproblematikk. For å forstå dette ønsker jeg å få kjennskap til deres kunnskap, synspunkter, erfaringer og motivasjon for denne pasientgruppa. Jeg har valgt å bruke en kvalitativ metode for å studere disse fenomenene. Kvalitative metoder er best egnet, når man ønsker å utforske menneskelige erfaringer og samhandling (Malterud, 2017). Etter mitt skjønn vil det være mest relevant å stille åpne spørsmål uten forhåndsdefinerte svar kategorier, som en utforskende metodikk.

### **3.2 Forskerrollen**

Som psykiatrisk sykepleier og nå leder i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern har jeg møtt mennesker med selvmordsproblematikk på akuttposter og i poliklinikk. I gjennom disse årene har jeg reflektert over hvordan kan man hjelpe mennesker som ser døden som en bedre løsning enn livet. Hvilke tiltak virker, og hvordan kan man bidra til å vekke håp og tro på at livet kan leves selv om det ser trist og mørkt ut? Arbeidet med å hjelpe kan være vanskelig og til tider utfordrende, men jeg har heldigvis også sett at det nytter. Jeg har erfart at det finnes håp, og at mennesker med sterke selvmordstanker på nytt kan mestre livet igjen.

I en forskningsprosess kan ofte forskeren påvirke prosessen med sin egen forforståelse og sine egne hypoteser. Helt uavhengig av metode vil forskeren bidra med både bevisste og ubevisste forforståelser av det som skal studeres, teoretiske referanser og individuelle tolkninger av innsamlet data. Det er derfor viktig at forskeren gjør seg kjent med egen rolle, og er oppmerksom på dette i planleggingen og utførelsen av datainnsamlingen, samt i sine tolkninger og konklusjoner (Malterud, 2017). Min forforståelse til temaet og prosessen vil være det jeg har med meg av tidligere erfaringer, min faglige bakgrunn, teoretiske rammeverk og mine antagelser om temaet. I gjennom dette kvalitative studiet må jeg hele tiden være bevisst at min egen forforståelse og erfaring kan prege resultatet i oppgaven. Jeg vil derfor hele tiden være åpen for funn som ikke samsvarer med min egen oppfatning. Min bakgrunn er mange år som psykiatrisk sykepleier og leder ved et DPS, det har gitt meg mye erfaring i møter med fastleger og pasienter med selvmordsproblematikk. En fordel med dette kan være at jeg har klart å formulere relevante problemstillinger og

spørsmål til informantene. Samtidig så kan min forforståelse og de dilemmaer jeg har vært opptatt av prege problemstillingene. Det kan også ha medført at jeg ikke i tilstrekkelig grad har vært oppmerksom på andre innfallsvinkler eller relevante problemstillinger. Min daglige involvering med temaet igjennom mitt arbeid, kan overskygge og gjøre meg blind for temaer som har fremkommet igjennom studiet, men allikevel ser jeg en fordel at temaet er godt kjent for meg.

### **3.3 Utvalg og rekruttering**

Det er flere måter å samle inn data på i kvalitative studier. Jeg valgte å utføre semi-strukturerte individuelle intervjuer basert på en intervjuguide, som jeg hadde utarbeidet på forhånd. Slike intervjuer er ifølge Malterud (2017) godt egnet til å skape en trygg intervju situasjon, med ro og fortrolighet, hvor man ønsker å få kjennskap til en persons opplevelser og erfaringer (Malterud, 2017, s 69). Jeg vurderte først å gjennomføre intervjuene i fokusgrupper, der en gruppe informanter diskuterer et tema som delvis er styrt av forskeren. Jeg gikk bort i fra dette på grunn av tema i oppgaven, og fordi jeg var redd for at informantene ikke ønsket å dele erfaringer og opplevelser i fra sin fastlege praksis på grunn av brudd på taushetsplikten og personlige årsaker. Dette kan medføre at man får et mer overflatisk materiale, fordi informantene holder tilbake relevant informasjon.

Jeg valgte å gjøre et strategisk utvalg av informanter, det vil si at man bevisst søker etter informanter man antar kan noe om fenomenet man vil undersøke (Malterud, 2017).

Ettersom jeg jobber ved et DPS fant jeg det u hensiktsmessig å rekruttere kun fastleger i fra vårt eget opptaksområde. Ettersom mange av de kjenner meg, ville det påvirket informantene på en måte som ville svekke validiteten i studiet og påvirke svarene de gav meg. For å sikre en bredde i informasjonen, og for å kunne fange opp ulikheter med bakgrunn i informantenes arbeidssituasjon, lokasjon og pasientpopulasjon valgte jeg å rekruttere informanter fra ulike områder på Østlandet.

Før jeg startet på arbeidet med masteroppgaven ble jeg advart om at det var vanskelig å rekruttere fastleger. Jeg var i kontakt med flere kommuneoverleger, blant annet noen studie kollegaer på masterstudiet. Jeg ble anbefalt å sende en henvendelse til en kommuneoverlege i en stor kommune på Østlandet, slik at hun kunne viderefordre min henvendelse til fastlegene i denne kommunen. Det ble sendt ut epost tidlig høsten 2021

med forespørsel om jeg kunne få intervju fastleger til min masteroppgave. Det var over 70 fastleger på epost listen. Ingen fastleger responderte, til tross for flere purringer i fra kommuneoverlege. Det ble begrunnet med stort arbeidspress på fastlegene pga pandemien, slik at intervjuer til masteroppgave ble ikke prioritert. Dette gjorde at jeg måtte tenke nytt rundt rekrutteringsprosessen, i tillegg til at pandemien ble ytterligere mer pågående og fastlegene mer presset. Ingen fastleger har mailadressen sin liggende ute på legesenterets nettside, slik at det var vanskelig å komme i kontakt med fastleger direkte.

Da fant jeg ut at jeg måtte bruke nettverket mitt og rekruttere informanter den veien. Jeg tok kontakt med alle lege bekjente og tidligere kollegaer, helt uavhengig hvor de jobber, på epost eller på facebook. Jeg spurte om de kjente til noen som var fastleger i Norge og om de kunne legge inn et godt ord og sette meg i kontakt med de. I tillegg kom jeg i kontakt med fastleger, igjennom de informantene som hadde takket ja. Denne utvelgelses metoden kalles snøballmetoden. Det vil si at man får et tilgjengelig utvalg informanter ved å bruke det nettverket man har for å få tak i flere aktuelle kandidater (Malterud, 2017 s. 59).

Denne metoden medførte at jeg fikk 10 fastleger, på ulike steder på Østlandet, som jeg fikk avtale med.

Jeg sendte ut epost til alle fastlegene som hadde takket ja til å være med i studiet. Eposten inneholdt informasjon om studien, og et samtykke med informasjon om anonymisering (vedlegg 1). Jeg avtalte tidspunkt og hvor intervjuene skulle finne sted fortløpende med fastlegene. Intervjuene ble fordelt utover desember 2021 og januar 2022. På grunn av pandemi og mye smitte måtte 2 av fastlegene trekke seg rett før intervjuet. Slik at 8 intervjuer ble gjennomført. Fastlegene jeg intervjuet er i alderen 34-50 år, det er fordelt på 3 kvinner og 5 menn og de har fastlege erfaring i fra 5 til 15 år. De har fra 800 til 1400 pasienter på pasientlisten.

Rekrutteringen viste seg for øvrig å være en tidkrevende prosess grunnet pandemi som utfordret intervjuene og fastleger som hadde mye å gjøre. Jeg fikk tilbakemelding fra 2 av fastlegene før intervjuene at de gruet seg til snakke med meg. Da jeg utforsket det litt nærmere hva det handlet om fortalte de at de var redd for hva jeg skulle spørre de om, eller at de ikke klarte å svare på spørsmålene mine, og at jeg kom fra spesialisthelsetjenesten og kunne mer om temaet.

### 3.4 Gjennomføring av intervjuer

Før jeg gjennomførte første intervjuet gjorde jeg et testintervju med en kollega. Det var nyttig, for å kunne teste spørsmålsformuleringene og intervjuguiden, og få en pekepinn på hvor lang tid et intervju ville ta. I tillegg var det nyttig å få tilbakemelding i fra kollegaen min på flyten i intervjuet og spørsmål som åpnet opp for gode refleksjoner.

5 av fastlegene ønsket at intervjuet skulle foregå på deres kontor, og de 3 andre kom på mitt kontor. De ønsket ikke å bli forstyrret, og syntes det var enklere å møtes utenfor fastlegekontoret. De 2 andre fastlegene som avlyste, hadde jeg avtale om å komme på fastlegekontoret. De avlyste pga sykdom hos seg selv og sykdom i familie relatert til pandemi, og hadde ikke tid til å sette opp ny tid fordi de var presset på tid fra før.

Jeg startet intervjuet med å få signatur på samtykkeskjemaet, som de allerede hadde fått tilsendt på mail. Deretter forklarte jeg de temaet for intervjuet og hvorfor jeg ønsket å få vite mer om selvmordsforebyggende arbeid, og fastlegers møte med pasienter med selvmordsadferd. I tillegg tok jeg frem handlingsplanen for forebygging av selvmord 2020-2025 *Ingen å miste*. Som jeg har hatt som bakteppe for oppgaven og et utgangspunkt for problemstillingen. Alle informantene synes temaet var viktig og ønsket å dele sine erfaringer og kunnskap om det, men ingen kjente til handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025. Det ble brukt lydopptaker under intervjuet, noe som var informert om på forhånd, og jeg opplevde ingen motstand rundt det. Selve intervjuet varte fra ca 45 min til en time. I tråd med min faglige forankring startet jeg intervjuene med et åpent spørsmål: «Hva skal til for at du spør en pasient om selvmordstanker?» I denne delen holdt jeg meg mest mulig tilbake og lot informantene fortelle fritt. Jeg tok utgangspunkt i intervjuguiden jeg hadde laget på forhånd (vedlegg 2), men jeg stilte utdypende spørsmål der det var naturlig eller der det var behov for presisering. Enkelte ganger ble spørsmålene stilt i kronologisk rekkefølge, men ofte gikk informantene inn på flere spørsmål mens de snakket.

Jeg er både uerfaren og urutinert på intervjuer, og opplevde det som krevende å være i en samtale der jeg for det meste skulle lytte og ikke påvirke samtalen. Samtidig så synes jeg vi fikk noen gode meningsbærende drøftinger og refleksjoner. Jeg tok noen notater underveis, der hvor informanten sa noe jeg måtte huske eller spørre mer om.

Jeg forsøkte å transkribere intervjuene fortløpende, og i relativt kort tid etter gjennomført intervju.



### **3.5 Etikk, personvern og godkjenninger**

Før jeg startet med intervjuene søkte jeg Norsk Senter for Forskningsdata, for godkjenning av studiet. NSD krever en prosjektbeskrivelse for å behandle og godkjenne søknaden. Jeg fikk godkjenningen 04.10.2021 med referansenummer: 365171 (vedlegg 3). Ettersom lydopptakene regnes som registrering av personopplysninger, og skal lagres til oppgaven er levert kreves det godkjenning. Intervjuene ble lagret på en lydopptaker og på en kodebeskyttet telefon. Opptakene vil bli slettet i etterkant når masteroppgaven er innlevert. Det har vært viktig for meg å sørge for anonymisering av data og informantene. Det er viktig at informantene føler seg trygge og at personvernet er ivaretatt. Anonymiteten til informantene har blitt ivaretatt underveis i hele prosessen, da jeg hverken har brukt navn på informanten på lydfilen eller i transkribert tekst.

I intervjuene har pasientenes anonymitet vært ivaretatt, ved at informanten har referert til «voksen kvinne med små barn», «ung mann med utenlandsk opprinnelse» eller «kvinne med tilbakevendende depresjon».

### **3.6 Analysen av intervjuene**

Jeg transkriberte alle intervjuene selv. Det gav meg en fin måte å huske intervjuet og gjenoppleve det som var blitt sagt. Transkriberingen gikk greit, men det genererte mye tekst som skulle bearbeides og systemiseres i etterkant. Jeg gjorde en systematisk tekstkondensering, hvor jeg først leste igjennom alle intervjuene og dannet meg et helhetsinntrykk. Deretter kodet jeg meningsbærende uttrykk med fargede tusjer og utviklet tematiske knagger ut fra det. Det vil si tekst som gav uttrykk for et budskap eller en mening (Malterud, 2017, s. 98). Neste fase var å trekke ut kunnskap i hvert farget kode, og vurdere om de skulle være med, eller redusere materiale og utelate det. Temaene som utpekte seg var temaer som jeg hadde valgt til intervjuguiden, men noen nye temaer kom fra informanten selv. Deretter ble resultatene drøftet videre i analysen min.

### **3.7 Validitet**

«Validitet vil si hvorvidt en intervjustudie undersøker det den er ment å skulle undersøke.» (Kvale et al., 2015). Jeg mener det er ivaretatt da utvalget av informanter er godt egnet til å belyse problemstillingen min. Det er også relevant å stille spørsmål om dataenes gyldighet, eller *validitet*. I kvalitativ forskning er troverdighet det overordnede begrepet for gyldighet, overførbarhet og pålitelighet. Troverdighet i kvalitative studier omfatter hele studien, og

om forskeren har fått frem gyldige data og om forskningen er relevant og har betydning. I kvalitative studier forsøker man å oppfylle ved å dokumentere refleksivitet, som betyr at forskeren har et kritisk blikk på egne tanker og ideer, metode bruken og møte med informantene. Spørsmål om dataenes troverdighet omhandler både intern og ekstern validitet. Intern validitet vil berøre kvaliteten og relevansen på dataene, mens ekstern validitet omhandler hvorvidt dataene er overførbare eller generaliserbare (Malterud, 2017).

### **3.7.1 Intern validitet**

Spørsmålet om dataenes interne validitet vil generere flere problemstillinger (Malterud, 2017). I hvilken grad er metoden jeg har brukt relevant for det fenomenet jeg skal studere? Vil dataene som jeg har samlet inn være egnet for å svare på problemstillingen jeg har formulert? Studien tar utgangspunkt i fastleger og hvilke erfaringer og kunnskap de har i møte med pasienter med selvmordsadferd. Jeg fant også et sammenfall i uttalelser fra mine informanter som gir meg grunn til å at spørsmålene jeg stilte gir meg grunn til at metoden jeg anvendte er relevante.

### **3.7.2 Ekstern validitet**

Spørsmålet om ekstern validitet omhandler dataenes generaliserbarhet (Malterud, 2017), og på hvilken måte dataene er overførbare til andre kontekster eller sammenhenger enn den jeg har gjort i studien? I hvilken grad kan mine funn bidra til å besvare tilsvarende problemstillinger i en annen sammenheng? Mine resultater bygger utelukkende på svar i fra fastleger, og vil i liten grad være nyttig til bruk i andre deler av helsevesenet. Fordi det er betydelig forskjeller i organisering, arbeidsform, prioriteringer og økonomi. I følge Malterud (2017) så er det ikke meningen at man skal generalisere funn ved hjelp av kvalitativ forskning og strategisk utvalg. Metoden brukes til å få dybde kunnskap og for å forstå et fenomen.

## **3.8 Repeterbarhet**

Repeterbarhet eller reliabilitet omhandler om forskningsresultatene er pålitelige og hvor vidt man kan stole på de (Kvale et al., 2015, s.211). Resultatene avhenger av hvordan jeg har tolket og forstått innsamlet material i fra intervjuene. Det avhenger av hvordan jeg har gjennomført intervjuene, hvordan transkriberingen er håndtert og min tolkning og analyse av dataene. Tolkningen av dataene kan bli subjektive, ettersom en og samme person, med

sin forforståelse, utfører det. Studiet er gjort i lys av tidligere forskning og teori, noe som vil styrke relabiliteten. Jeg tenker at dette studiet kan gjentas og kan etterprøves med de samme premissene, men det er ikke sikkert at en annen forsker ville ha kommet frem til de samme resultatene. Målet er heller ikke å beskrive et fenomen presist, men snarere å utvikle en forståelse.

### **3.9 Styrker og svakheter ved studien**

Fastlegene som ble intervjuet var en relativt heterogen gruppe med informanter, fra både små og store kommuner og bydeler. De var av begge kjønn og med varierende alder. Legene fremstod åpne og ærlige under intervjuet, og omfanget av tema gav uttrykk at deltagerne var robuste, erfarne og belyste flere sider av problemstillingen. Sånn i ettertid så ser jeg at det er en svakhet ved mine intervjuer at utvalget av mine informanter ikke er representativt fordi legene jeg intervjuet var tilfeldig utvalgt, og mangfoldet og variasjonsbredden ikke var sikret på forhånd. I følge Malterud (2017) beskrives overførbarhet av kvalitative funn fra et tilfeldig utvalg til å ha store begrensninger. I tillegg dukket det opp nye perspektiver under intervjuet, så jeg oppfylte nok ikke metning om temaet, tatt i betraktning denne størrelsen på gruppe med informanter. Tolkningen og forståelsen av spørsmålene som ble stilt var noe sprikende og ulikt mellom legene, slik at jeg måtte omformulere noen spørsmål underveis. Svakheten med mine individuelle intervjuer er at jeg gjorde en nybegynnerfeil, som Malterud (2017) beskriver i boka si. Det var å bestemme antall intervjuer på forhånd, gjennomføre de og deretter starte med analysen. Dette gav meg et omfattende empirisk materiale, med en del unødig informasjon i forhold til studiens problemstilling og en stor sorteringsjobb. En annen svakhet og utfordring med denne studien var å få gjennomført intervjuer med fastleger i en pandemi. Det utfordret meg både med utsettelse av intervjuene, gjennomføring av intervjuene og avlysninger grunnet smitte hos to informanter. Etersom oppgaven var planlagt og bearbeidet før pandemien, ønsket jeg ikke å skifte tema eller metode, til tross for nevnte utfordringer.

### 3.10 Litteratursøk

Jeg har gjort en del litteratursøk i forbindelse med denne oppgaven. Jeg har brukt flere søkebasert som Pub Med, Google scholar, Cinahl, BIBSYS/Oria og Helsebiblioteket. Jeg har brukt følgende søkeord: fastlege, pasienter, selvmord, selvmordrisiko, selvmordstanker, selvmordsadferd og selvmord i Norge. På engelsk har jeg søkt med: GP, suicidal patients, risk of suicide, suicidal thoughts and suicidal behavior.

I Pub Med søkte jeg med søkeordene «GP and suicidal patients» da fikk jeg 180 treff. Et annet litteratursøk i Pub Med med søkeordene «GP and risk of suicide» fikk jeg 138 treff. I BIBSYS/Oria brukte jeg søkeordet «selvmordsrisiko» og fikk 70 treff. Da jeg søkte i Helsebiblioteket fikk jeg 1313 treff på søkeordet «selvmord» men fant ikke noe som var relevant for mitt studie. Da jeg la til «fastleger» i samme søket fikk jeg 23 treff, men fortsatt ikke noe som var interessant. I Google scholar søkte jeg med søkeordet «selvmord i Norge» i perioden 2019 til 2021, da fikk jeg 1790 treff. Det er ingen treff på studier om fastleger og deres erfaringer angående selvmordsforebyggende arbeid, bortsett fra en masteroppgave med noe lignende tematikk fra 2012.

## 4. RESULTATER

I denne delen vil jeg presentere funnene i fra intervjuer med 8 fastleger. Målet med intervjuene var å belyse oppgavens problemstilling. Funnene er presentert etter temaer i fra intervjuguiden og temaer som informantene selv tok opp. Jeg har valgt å prioritere noen temaer i fra intervjuene, slik at flere av spørsmålene i intervjuguiden er utelatt og vil ikke bli omtalt i oppgaven. I følge Malterud (2017) skal man ikke presentere alt som har blitt sagt i samtlige intervjuer, ei heller alt man har hørt eller funnet. Man skal fokusere og prioritere funn som best belyser problemstillingen. Jeg har valgt å presentere resultatene etter tematiske hovedfunn. Hvor de etter hvert vil bli drøftet og knyttet opp mot forskning og teori i analysekapittelet. Jeg bruker både «fastlege» og «lege» om hverandre når jeg omtaler de jeg har intervjuet i resultatdelen.

### **Forskningsspørsmål:**

**\*Hva skal til for at en fastlege spør en pasient om selvmordstanker?**

**\*Hvilken kunnskap har fastleger om selvmordsforebyggende arbeid?**

**\*Hva er de største utfordringene eller hindringene fastleger har i møte med pasienter med selvmordstanker?**

### **4.1 Forekomst**

Alle de 8 fastlegene jeg intervjuet hadde god kjennskap til temaet jeg skulle intervju de om. De syntes temaet var veldig aktuelt, og hadde ingen motforestillinger for å snakke om det. Intervjuene startet med å etterspørre fakta om fastlegen, som alder, spesialistutdanning, hvor lang tid man har vært fastlege og antall pasienter på pasientlista.

Fastlegene ble spurt om hvor ofte de hadde pasienter med selvmordstanker eller selvmordsplaner. De fleste svarte «ikke ofte». Mens to av legene svarte at de hadde en til to pasienter ukentlig med selvmordstanker. En av disse legene, som også var spesialist i allmennmedisin med fordypning i psykiatri, fortalte at han var kjent i sitt fastlege område for å være interessert og flink med psykiske lidelser og god å snakke med. Dette gjorde at pasienter som strevde med psykiske lidelser og utfordringer søkte seg eksplisitt til denne legen fordi de var blitt anbefalt av andre å søke om å få denne fastlegen.

*Lista mi er litt spesiell fordi jeg interesser meg for psykiatri, og de (pasientene) har fått tips og byttet til meg.*

Mens den andre legen fortalte at det er mange pasienter på lista som har flyktige selvmordstanker som kommer og går, men at man ikke kan finne noen spesifikk aldergruppe som skiller seg ut, og det er begge kjønn.

De seks andre fastlegene svarte at de møter disse pasienten annen hver uke eller en gang i måneden, og sjeldnere enn det. En av disse fastlegene sa at sammensetningen av pasientene på listene har mye å si, i forhold til hvor ofte man får pasienter med selvmordstanker. Demografiske forhold har mye å si for hvordan listesammensetningen hos de enkelte fastlegene er.

*Noen fastleger har mye tungpsykiatri mens andre har lite psykiatri, og demografien spiller inn. Hos meg som jobber som fastlege i en tilflytningskommune, her er det mye småbarns familier, og det vi opplever her er jobbrelevante ting og småbarns problematikk, det er sjelden at vi opplever at vi møter pasienter med mørke tanker.*

En av fastlegene som svarte at det var sjelden de hadde pasienter med selvmordstanker, fortalte at det har hadde vært en til to selvmordsrisikovurdering siste fire uker, men at pasienter med selvskade problematikk kommer hyppigere og var mer vanlig. Alle legene som ble intervjuet fortalte de hadde pasienter med tilbakevendende selvmordsproblematikk og selvskading, og at det hang mye sammen med personlighetsfungering, oppståtte kriser og dårlig fungering i hverdagen, men at dette var pasienter de kjente godt og det var ingen stor overhengende risiko for at de ville ta livet sitt.

*Jeg har to pasienter med stadig tilbakevendende selvmordsadferd. De kommer ofte, og jeg får beskjed om at de har vært i kontakt med legevakt, og at legevakten kaster ballen tilbake til fastlegen, og de får akutt time der dagen etter. Når legevakten tar kontakter meg, så har vi laget en sånn plan, sånn at legevakten har fått mitt telefonnummer, så da ringer de kveld og natt for å slippe unødvendige innleggelser. Tidligere ble ambulanse og politi tilkalt, og det ble kaos. Det er mest trusler.*

## 4.2 Depresjonsbehandling

Som en del av diskusjonen jeg hadde med legene om hvor ofte de hadde pasienter med selvmordstanker, var det veldig relevant å for meg å finne ut hva som utløste at fastlegene spurte pasientene om de hadde selvmordstanker eller selvmordsplaner. Alle legene svarte at spørsmål om selvmord kom i forbindelse med at pasienten kom for depresjonsbehandling. Seks av legene brukte regelmessig et standardisert spørreskjema for å score dybden av depressive symptomer- MADRS – Montgomery And Åsberg Depression Rating Scale. De siste spørsmålene på skjema omhandler selvmordstanker og selvmordsplaner. Legene fortalte at scorer man tre eller høyere på de spørsmålene, må man følge opp med en mer grundig selvmordsrisikovurdering. To av legene svarte at spørreskjemaet ikke brukes regelmessig, og en av de svarte:

*Det er ikke noe nyttig verktøy. Det kommer ann på hvordan man spør. Du må snakke med pasienten din og høre hvordan det går. Det hjelper ikke å bare kjøre på med masse spørsmål.*

Den andre fastlegen svarte at MADRS spørreskjema var et kjent verktøy i depresjonsbehandling, men legen opplevde ikke skjemaet nyttig, fordi det tok lang tid å gå igjennom alle spørsmålene og de var krevende å vurdere etterpå. Denne legen sa at det viktigste verktøyet man kan ha er god kjennskap til pasientene sine, for å vurdere om pasienten har det bra eller ikke.

*Ja, jeg kjenner til det, men bruker det ikke veldig ofte, det kunne jeg helt sikkert brukt oftere, men det tar ofte for lang tid å gå igjennom skjemaene, også er det vanskelig å vurdere spørsmålene. Når du kjenner pasientene dine veldig godt er det lettere å se om de har en dårlig periode. Fordelen er at jeg kjenner pasientene mine godt, og jeg trenger ikke noe verktøy for å vurdere det.*

De andre seks fastlegene sier de bruker MADRS test hver gang pasientene kommer med depresjonsfølelse eller hvor det er mistanke om depresjon. Den ene legen sier at MADRS score gir grunnlaget for videre konsultasjoner, deretter blir det MADRS etter hvert når man starter med samtalebehandling og medisinbehandling, så tar man det på nytt etter seks uker

for å se på effekten av behandlingen. En av de andre legene forklarte at man kan bruke spørsmålene i MADRS-testen uten at man følger testen systematisk, som et ledd i depresjonsbehandling eller for å undersøke om pasienten har selvmordstanker. Testen kan gi en pekepinn på graden av en mulig depresjon, og være en understøtte til samtale med pasienten.

*Mitt standard spørsmål ved slitenhet, trøtthet. Hvordan er det med konsentrasjon og søvn? Du spør om de samme spørsmålene som indirekte er i MADRS-test, tiltaksløshet også videre, uten å nevne noe om depresjon eller at jeg mistenker det. Jeg sier alltid til pasientene –vi har enten jobb eller hjem, så problemet ligger et eller annet sted her. Så enten er det jobben eller hjemme. Da sprekker ballongen. Slik gjør vi det..*

Fastlegene beskriver en hverdag med mange pasienter som strever med samlivsbrudd, økonomiske utfordringer, samværsordninger angående barn, konflikter på jobb og andre små og store kriser. En av disse legene kalte det livsrot, og at det ikke var depresjon eller noen diagnose på det, men at det handlet om livet, og hvordan pasientene mestret disse utfordringene. I intervjuene snakket vi om når pasienter som kommer fordi de er slitne, sover dårlig, er nedstemte og vil ha sykemelding. Jeg spurte legene om hvordan de skilte ut pasienter som slet med livets utfordringer eller når man ble bekymret for om pasienten var deprimeret. Da svarte flere av de at kjennskap til pasienten var viktig for å kunne gi god pasientbehandling. I denne diskusjonen spurte jeg alle legene om **hva skal til, for at man spør en pasient om selvmordstanker?** En av legene svarte:

*Det skal veldig mye til, for min erfaring i fra rus og psykiatri, for hver gang pasientene kommer for generelle muskel smerter eller angst eller depresjonsfølelse, det første jeg spør de om er søvn, for hvis de har god nok søvn så kan man behandle hva som helst, men hvis ikke søvn er bra kan det føre til mange andre spørsmål. Men det er sjelden jeg spør de om de har suicidale tanker, det spør jeg bare om når jeg utfører MADRS test, ikke ellers. Jeg gjennomfører MADRS for å igangsette antidepressiva behandling.*

På det samme spørsmålet og i en tilsvarende diskusjon, men hvor vi snakket mer inngående om depresjonsbehandling, sa en annen lege dette:



*Jeg tok MADRS test, den scoret moderat til alvorlig deprimert, men det var ikke det som fanget meg. Det var blikket til pasienten som fanget meg. Det var så nedstemt, affekt flat, blikket var så tomt, og jeg skjønner ikke hvorfor man ikke så det på akuttavdelingen. Han hadde vært innlagt i to måneder. Journalen var tom, lite var gjort opp igjennom. Han endte med å ta livet sitt.*

To av legene snakket om relasjonskonflikter med avvisning og krenkelser hos pasientene, og skilsmisser, familieoppgjør, konflikter på jobb, utroskap og uvennskap, og at små og stor kriser også kan være utløsende for at noen tar livet sitt. Jeg tolket det slik at man trenger ikke å være psykisk syk for å være selvmordstruet, men at andre årsaker kan være utløsende for selvmord. Den ene fastlegen sa dette:

*Du må huske på det, det er ikke alltid sykdom som tar livet ditt*

#### **4.3 Stabile fastleger over tid**

Flere av fastlegen sier at kjennskap og allianse er viktig, og at det er mange fordeler ved å være fastlege fordi man er i en posisjon til å påvirke og gjøre en forskjell i pasientenes liv. Alle informantene i studiet har vært fastleger i fra fem til femten år ved det samme fastlegekontoret, og de har samme opplevelsen ved å kjenne pasientene sine godt. En fastlege i undersøkelsen fortalte at man kjenner pasientene så godt, at det ikke er vanskelig å spørre om selvmordstanker, mens en annen fastlege sier:

*Hvis jeg mistenker at en pasient har selvmordstanker, hvis jeg ikke vet om han har det. Jeg har jo noen pasienter som jeg vet har det hele tiden, eller som har hatt det siste ti årene. Sånn at det ikke alltid man skal snakke om det. Så hvis jeg vet de har de tankene så spør jeg selvfølgelig nesten med en gang. Jeg spør ofte i krisesituasjoner, og om det er noen av grunnen til at de kommer til meg. Og jeg kan spørre i forbindelse med somatikk og sånn derre ting. Jeg kjenner pasientene mine godt, jeg har hatt de så lenge.*

Noen pasienter oppsøker fastlegen med symptomer på utbrenthet, utilstrekkelighet på jobb, samlivsbrudd og dårlig søvn. Der forteller en av legene at hvis de kjenner pasienten godt så

klarer de å fange det opp og eventuelt starte med depresjonsbehandling, men ved nye pasienter er det mye vanskeligere. Dette bekrefter også flere av de andre legene, at kjennskap til pasientene er viktig for å avdekke og fange opp endringer hos pasientene, og for å kunne yte riktig og gi god pasientbehandling. En fastlege snakker om å være der over tid, og at pasienter har tillitt til fastlegen sin, fordi de kjenner hverandre. Så ved å være vikar fastlege vil man ikke ha den samme kunnskapen om pasienten. En fastlege forteller om en ny ukjent kvinnelig pasient, som kom med skjelett, muskel plager og smerter over alt. Hun var velkledd og fremstod veldig ordentlig, men legen fikk ikke inntrykk at denne pasienten slet psykisk.

*Jeg utredet henne, men jeg fant ingenting. Da tok jeg MADRS- test på henne, og hun scoret tre på suicidale tanker og planer. Jeg ble veldig overrasket da hun fortalte at hun hadde selvmordstanker.*

I den siste kommentaren ser man viktigheten av å kjenne pasienten, og hvor lett det er å bli avledet av det ytre. En annen fastlege sier også at det viktigste verktøyet man kan ha som fastlege er man kjenner pasientene godt, og at man har en relasjon til pasienten, og at man har fleksibiliteten til å styre veldig mye selv som fastlege. Så kjennskap til pasienten er det viktigste verktøyet. En annen fastlege sier at det ikke er noe ubehag knyttet til å spørre en pasient om selvmordstanker eller selvmordsplaner fordi han kjenner pasientene igjennom mange år.

*Når man jobber som allmennlege og har dine egne faste pasienter, så kommer de til deg fordi de kjenner seg trygge. Hadde de ikke gjort det så hadde de byttet fastlege.*

#### **4.4 Hvordan øke kunnskapen om selvmordforebyggende arbeid blant fastleger?**

På spørsmål i intervjuet om legene kjente til handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025, som heter *Ingen å miste*, svarte alle legene at de *ikke* hadde hørt om den, eller hadde noe kjennskap til tidligere handlingsplaner for selvmordsforebyggende arbeid.

Alle fastlegene var utdannet i utlandet, hvor 6 av de hadde hatt lite eller ingen praksis innenfor psykisk helse. To av fastlegene var utdannet i Danmark hvor det hadde vært stort fokus på psykisk helse både igjennom undervisning og praksis.

Ingen av legene hadde kurs i selvmordsforebyggende arbeid, men tre av legene hadde hatt psykiatri som fordypning i spesialiseringen. Det vil si at de har hatt praksis på sykehus innenfor psykisk helsevern. Alle tre hadde vært innom både akuttavdeling på sykehus og Distriktpsikiatrisk senter (DPS). En av legene som hadde vært på DPS sa dette:

*Det var helt tilfeldig at jeg havnet der, og fordi jeg trengte ett sykehus år, og der var det ledig praksisplass.*

Den andre legen som hadde fordypning i psykiatri og praksis i ett år på et DPS sa at praksisen hadde gitt mye kunnskap og erfaring i møte med pasienter som har selvmordstanker, og mer kompetanse på selvmordsforebyggende arbeid som risikovurderinger og hvilke tiltak man iverksetter ved selvmordsfare hos en pasient. Legen sa videre at han var mer rustet til å møte disse pasienten, og stod mer stødig i vurderingene sine.

*Jeg kjente på usikkerheten mere før jeg var på DPS i praksis. Tidligere så gruet jeg meg når jeg fikk sånne pasienter, jeg visste ikke helt hva jeg skulle si eller spørre eller stole på de vurderingene jeg hadde gjort. Nå er det annerledes.*

Fra intervjuene kom det frem at fastlegene hadde ulik kunnskap og erfaring om psykiatri, og selvmordsrisikovurdering. Det var en bred enighet blant legene om at de kunne mer om psykiatri etter noen år med arbeidserfaring, enn når de var nyutdannet. Når det gjaldt interesse for psykiatri som fagfelt var den delt i mellom legene. Halvparten av legene sa de hadde en interesse for psykiatri, den andre halvparten hadde ingen spesiell interesse og likte ikke å jobbe med det. En lege fortalte at det var tungt å jobbe med det, hvis det ble for mye, men at det følte godt når man så at det nyttet og hjelpe de.

En av legene som hadde hatt psykiatri fordypning sa følgende:

*Uansett hvor mye man graver og spør, og forsøker å forebygge og sette inn tiltak, så er det vanskelig å avverge suicid. Selv om man har sikret med kriseplan, pårørende,*

*nettverket også videre. Man kan aldri være helt sikker. Så er det godt nok, og det er til slutt pasientens valg om man vil ta livet sitt.*

På spørsmål om oppdateringer og søke ny kunnskap om selvmordsforbyggende arbeid svarte alle legene at de ikke var pålagt å oppdatere seg om å kartlegge og vurdere selvmordsfare. Det viser seg ifølge legene at det eneste kurset de er pålagt å oppdatere seg på er HLR-hjerte-lunge-redningskurs. Slik at det er opp til legene selv å finne ut hva de har behov for av faglig påfyll og oppdatering, og hva de ønsker å bruke tid på. Alle legene gav uttrykk for at de ønsket mer kurs innenfor tema selvmordsforebyggende arbeid, men mye handlet om hva de ville prioritere fordi de tapte penger på å være på kurs, og ikke fikk ha pasient konsultasjoner. Som gir inntekt igjennom egenandel og refusjon.

*Det er et kurs som er påbudt som allmennlege, og det er HLR-lurs, så vi er på det nivået. Og det sier noe om helheten, og hvor mange fag man har. Så det hadde sikkert vært fint, og til hjelp å ha det, men man har jo ansvar for det selv også- hvis man tenker at man trenger påfyll av dette.*

En av legene som hadde hatt fordypning i psykiatri, og som hadde stor interesse for fagfeltet og mange pasienter med psykiske lidelser og utfordringer, fortalte at noen fastleger ikke likte psykiatri og hadde et anstrengt forhold til faget. Dette fordi man kan ikke ta prøver, gjøre undersøkelser, få svar og sette diagnose. Psykiske lidelser gir mest subjektive plager, og knyttes oftest til tanker, følelser, atferd og funksjonsnivå. Legene snakket om psykiatri som et fagområde med komplekse faglige utfordringer uten fasitsvar. Denne legen beskrev det slik:

*De fleste fastleger jeg har snakket med de har en rar relasjon til psykiatri. Det er ikke farlig, men det er litt sånn vanskelig og abstrakt, det usynlige er ikke vanskelig. Man kan fortsatt lytte, høre og føle selv om det er en psykisk syk pasient.*

I intervjuet med fastlegene ble det snakket om hvordan man kan øke sin kunnskap om selvmordsforebygging på bakgrunn i at veldig mange pasienter har oppsøkt fastlegen siste tiden før de tok livet sitt. I tillegg ble det diskutert om fastlegene syntes det var viktig å oppdatere seg på selvmordsforebyggende arbeid og ny forskning på området. Alle legene

ønsket mer kurs, men flere av de oppgav at de ikke hørte noe om det. Det var ikke slik at det kom tilbud om disse kursene. De måtte selv finne ut hvor og når kursene var.

*Vi får ingen tilbud om kurs, men jeg skulle gjerne ønsket det*

Mens en annen lege svarte slik på den samme problemstillingen:

*Jeg skulle gjerne ønsket mer kurs i suicidalrisikovurderinger, det lærer vi kun i turnus og det er det hele. Vi lærer kanskje noe på legevakten, men det kan være fint å oppfriske den kunnskapen der.*

Mens en av legene som ikke hadde fordypning i psykiatri svarte, og som også var veldig frustrert over fastlege situasjonen i Norge, og refererte til fastlegekrisen flere ganger angående at de hadde mye å gjøre, lange arbeidsdager og store pasientlister. Noe som medførte at man ikke prioriterte kurs og faglig påfyll i hverdagen. Denne legen beskrev det slik:

*Ingen kurs, kun erfaring. Vet ikke om legeforeningen har slik kurs, jeg har ikke gått på noen. Man velger kurs ut i fra det man trenger.*

Flere av legene ønsket undervisning i risikovurderinger i fra DPS, og en av de sa også at hun ønsket å hospitere på DPS. En annen lege var opptatt av at kursene de tok, for eksempel selvmordsrisikovurdering og kurs i selvmordsforebyggende arbeid ble godkjent av legeforeningen, og at de fikk kurs poeng og betalt av HELFO-Helseøkonomiforvaltningen.

*Som fastlege, man tenker at det er en butikk man driver. Alt vi gjør skal betales.*

En fastlege sa han brukte kun MADRS-skjema for det var det eneste han fikk godkjent takst for. Det betyr at man kan kreve refusjon i fra HELFO, og det er slik fastlegene tjener penger. Han opplevde dette veldig byråkratisk, og at deres inntjening påvirket hvilket valg fastlegene tok i behandlingen av pasienter. Han var kritisk til ordningen, og mente det ikke burde være slik.

*Det er en del byråkrati involvert i dette her, det burde ikke være slik, men slik er hverdagen vår. Vi er ikke fastlønnet, men det har en innvirkning på pasient behandling.*

Alle fastlegene formidlet at de synes det var vanskelig å prioritere å gå på kurs de ikke var pålagt, og heller ikke fikk godkjent i fra legeföreningen eller fikk betalt for igjennom HELFO, men at de ønsket å prioritere det hvis det hadde vært annerledes. Legene håpet på en annen finansieringsramme som kunne gjøre at de kunne prioritere å gå på kurs og undervisninger. Flere av fastlegene fortalte at de ønsket seg mer opplæring i selvmordsrisikovurderinger, bortsett fra de 3 som hadde vært på DPS i praksis under spesialiseringen. Den ene legen ønsket seg en sjekklister for denne vurderingen. Vi snakket om hvordan de kunne få denne opplæringen, og flere forslag kom opp, som blant annet at fastlegene kunne få opplæring og undervisning av lokalt DPS. Alle fastlegene hadde erfaring i fra selvmordsrisikovurdering fra legevakt, men opplevde at det ikke ble på samme måte, fordi det var på pasienter de ikke kjente, og de hadde dårlig tid til å gjøre vurderinger.

#### **4.5      Utfordringer med helsehjelp til selvmordstruede pasienter**

Fastlegene ble spurt om hva den største utfordringen eller hindringen er ved å yte helsehjelp til pasienter med selvmordsadferd. Det var to temaer som kom opp i svarene til legene, og det var «noen å konferere med» og «tid». To av de åtte legene svarte at de synes det var vanskelig å sitte med vurderingen alene, det er tidkrevende og på grunn av taushetsplikten kan man ikke snakke med pårørende.

Flere av legene svarte også at pasienter som strever med selvmordstanker ikke alltid oppsøker fastlege. En av legene sier at man må ikke legge all skylden på sviktende helsehjelp, men forsøke å forhindre impulsive handlinger. Som for eksempel å gjøre det vanskeligere å hoppe fra broer eller gå på togskinner. Dessuten så er det viktig rette tiltakene mot risikogrupperne. Flere av legene som ble intervjuet sa de var overrasket når de fikk beskjed om at en av deres pasienter hadde tatt livet sitt, og en av legene poengterte at det ikke alltid var psykisk lidelse som var årsaken til at pasienten tok selvmord, men at det også er utløst av ulike kriser i livet. Disse menneskene får skylapper og ser ingen annen utvei enn å ta livet sitt.

*Jeg fikk beskjed om at han hadde tatt livet sitt. Han hadde ikke vært hos meg på lang tid, og det var ikke noe psykiatri da. Jeg vet ikke hvorfor han tok livet sitt, mulig det var en krise av noe slag. Det var veldig overraskende at han gjorde det. Det er ikke alltid psykiatri, husk på det*

En annen lege svarte dette på samme tema:

*Jeg fikk en telefon i fra en bekymret pårørende. Hun sa han trengte hjelp, men han ønsket ikke det selv. Han tok livet sitt til slutt. Hva skal man gjøre? Det er frivillig å motta helsehjelp.*

En fastlege fortalte at selv om de gjorde grundige selvmordsrisikovurderinger, iverksatte tiltak og sikring rundt pasienten, gjorde avtaler med pasienten om time dagen etter, eller kort tid etterpå, så var det fortsatt en usikkerhet om man kan stole på at pasienten ikke tar livet sitt. Pasienten kan si en ting, men gjøre noe helt annet når han forlater legekontoret. Til syvende og sist må man bare stole på pasienten og at det er gjort en god nok vurdering.

*Er det flyktige tanker som bare kommer, eller er det reelt? Kan pasienten virkelig gjøre det? Den vurderingen er tidkrevende og vanskelig. Du har ikke noe annet valg enn å stole på pasienten. Pasienten kan si en ting, men gjøre noe annet.*

En lege forteller om hvordan det er å sitte alene med selvmordsrisikovurderinger, og behovet for en second opinion for sikre seg en faglig forsvarlig vurdering. Man lurte på om man har journalført godt nok, og om det er i tråd med retningslinjer, har man husket på alt, eller burde det stå i journalen at man har konferert med Akutteamet. En annen lege svarte at han savnet noen å konferere med, og ønsket seg et direkte nummer til en psykiater i spesialisthelsetjenesten. Slik han har når han ringer om somatiske problemstillinger. Da kan han ringe direkte til vakthavende på sykehus.

*Jeg trenger noen å konferere disse pasientene med. Det er det største hinderet. Det er et jungel av byråkrati der ute. Jeg har ikke noe direkte nummer, jeg må gå innom sentralbordet på sykehuset.*

Allikevel så sa et flertall av legene at det fungerte fint å konferere med DPS og Akutteam. Dette ble gjort per telefon, men i noen krevende saker hadde man fysiske møter med pasienten, fastlege og DPS. Legene hadde samme oppfatning angående Akutteam. De

*Akutteam er lett å få tak i og er veldig hjelpelige. Akutteamet er kjempe bra. Det er vanskelige avgjørelser, man går med en klump i magen om man har tatt en riktig avgjørelse, og da er det godt å få støtte til vurderingen sin.*

Det andre temaet som kom opp var «tid», og at tiden ikke strakk til for å kunne gjøre gode selvmordsrisikovurderinger og samtaler med pasientene når man hadde fulle pasientlister. Legene snakket om at konsultasjonene varte i fra ti til femten minutter, men at man kunne få lengre konsultasjoner, men da var det planlagt behandling. Fem av åtte leger svarte at «tid» var den største utfordringen for å hjelpe pasientgruppa med selvmordstanker. Den ene fastlegen svarer at når en pasient har mørke tanker, og livet ser mørkt ut så er det viktig at man har tid til å se og høre de, og vise at man vil hjelpe de.

*I vår hverdag så er en pasient time på femten minutter, og hvis disse her, de bestiller seg ikke en hel time for å snakke om dette. Så hvis vi snakker om disse akutte som kommer på døren for å snakke så har vi øyeblikkelig hjelp på ti minutter, og jeg vet at ti minutter så rekker man knapt å si hei og spørre hvordan det går før timen er over. Disse pasientene sprenger hele tidsskjemaet mitt, fordi jeg bruker førtifem minutter til en time for å kanskje komme i posisjon til å kartlegge bitte litt for å hvor trykkende situasjonen er. En sånn pasient tidlig på dagen, så jager jeg klokken resten av dagen.*

I intervjuene så ble det diskutert hvordan det er å være presset på tid, og samtidig være alene når man gjør selvmordsrisikovurderinger. Den ene legen svarte at det ikke var vanskelig, fordi man bare gjør vurderingen og er man usikker så legger man pasienten inn på akuttpsykiatrisk avdeling. For denne legen var dette veldig klart, men slik var det ikke for alle de andre legene. Noen av legene vegret seg for å legge inn pasienter, og begrunnet dette med brudd i alliansen og tillitsforholdet, og bruk av tvang. En annen fastlege fortalte at han gav ut sitt private mobilnummer til noen få pasienter, fordi da har det vært mye alvorlig selvskading og selvmordsproblematikk.



*I noen få tilfeller har jeg gitt nummeret mitt til pasienten, men de har aldri ringt meg eller misbrukt det. Men jeg har tenkt. Tar han livet sitt i kveld? Er dette forsvarlig*

**På oppfølgingsspørsmål: «er det slik at man vegrer seg for å stille spørsmål om selvmordstanker, på grunn av tiden?»**

*Nei, ikke for min del. Men jeg kjenner jo godt på det at når de sier ja, da blir det fokus på å kartlegge. Men jeg vet at jeg får ventetid på de andre pasientene og klager.*

En av de andre fastlegene svarte også at «tiden» er den største utfordringen ved å hjelpe disse pasientene. Fastlegen sier at man alltid frykter for at andre pasienter blir sinte, og klager når de må vente og timen deres blir forsinket. Det nevnes også dette med å skaffe pasientene riktig hjelp til riktig tid, og at det er krevende å vurdere og hjelpe noen som har tilbakevendende selvmordstanker, og at det er mye trusler om å ta livet sitt. Over tid så er det belastende og det tærer på å sitte med ansvaret.

*Det er som å rope ulv ulv, du vet ikke, det er slitsomt, og selv etter all den erfaringen jeg har, så går man med en urogen følelse om den vurderingen jeg har gjort er riktig eller ikke.*

En lege sa også dette om «tiden» og hvilke utfordringer man møter på i hverdagen med pasienter med selvmordstanker.

*Den dagen jeg skal gjøre den vurderingen er tiden. Det er så slitsomt å få tak i den timen, jeg har ikke den tiden. Mye må flyttes, jeg må jobbe over tiden. Det er den største frustrasjonen, for den dagen kommer du ikke hjem fra jobb til normal tid. Ellers så må du kaste pasienten ut og be han gå på legevakten.*

Flere av disse legene snakket om lange arbeidsdager, som kunne strekke seg fra tolv til fjorten timer om dagen, fordi legekantoret er åpent til enhver tid på grunn av digitalisering, og at pasienter hele døgnet kan legge inn forespørsler på Helse Norge, det kan være e-konsultasjoner, fornyelse av resept, epikriser og svar på prøver.

*Vi jobber i helgene også, for å besvare henvendelsene på melding i Helse Norge.  
Det kan være sytti til hundre henvendelser via Helse Norge.*

En annen fastlege så ingen utfordringer eller hindringer med å behandle denne pasientgruppa. Den legen omtalte tiden som et verktøy, og det å lage seg tid til å snakke med pasientene. Legen sa at som fastlege så har man den fleksibiliteten, og muligheten til å påvirke pasientlista og timene som blir satt opp.

*Det verktøyet man har som fastlege er jo helt fantastisk, for du har jo tiden, fordi man skaper den tiden, også har man fleksibiliteten til å ta igjen dagen etter, eller om tre dager.*

## 5. DISKUSJON

I dette kapittelet vil jeg drøfte et utvalg av resultatene mine. Det er ikke mulig å diskutere alt informantene mine har sagt i intervjuene, men jeg har valgt ut noen temaer som jeg synes er interessante å diskutere i lys av annen forskning og teori. I første delen skal jeg ta for meg mine funn sammenlignet med tidligere forskning. Det er forskning som omhandler kontaktpunkt mellom fastlege og pasient før pasienten tok selvmord, og en forskningsartikkel som utfordrer dagens forebyggingsmodell. Deretter vil jeg drøfte vurdering av selvmordsrisiko, se på nye perspektiver på selvmordsforskning, fastlegeordningen, kompetanseløft hos fastlegene og handlingsplan til slutt. Jeg vil drøfte temaer i lys av teori som er presentert tidligere i oppgaven, opp mot mine funn i fra intervjuene med fastlegene. Til slutt vil jeg diskutere det jeg har av resultater samt konklusjon, og om dette kan ha noen praktiske implikasjoner og om det kan overføres til praksis.

### **En oppsummering av mine funn som jeg vil vektlegge i diskusjonen**

- ulik kunnskap og erfaring om selvmordsrisikovurdering og selvmordsforebyggende arbeid
- varierende interesse for fagfeltet
- ulik praksis med bruk av screeningsverktøy i vurdering av selvmordsrisiko
- rapporterer mangel på «tid» og «noen å konferere med» for å kunne gi bedre helsehjelp til pasienter som strever med selvmordsproblematikk
- kjennskap til pasientene og kontinuitet over tid gir bedre forutsetning for å kunne jobbe selvmordsforebyggende
- fastlege praksisen, en butikk hvor inntjening er basert på refusjoner, egenandel og takster, og hvordan det kan påvirke pasientbehandlingen
- pasienter som tar livet sitt uten å ha vært i kontakt med fastlegen, og ingen tidligere historikk på psykisk lidelse
- ønske om kompetanseløft innenfor selvmordsforebyggende arbeid
- ingen kjennskap til ny handlingsplan for selvmordsforebyggende arbeid 2020-2025

## 5.1 Fastlegers møte med pasienter med selvmordstanker

Resultater i fra min undersøkelse viser at to av fastlegene ser 1 til 2 pasienter i uka med selvmordstanker, mens de andre 6 legene svarte at de møter disse pasientene hver 2. uke til 1 gang i måneden, og sjeldnere enn det. Fastlegene jeg intervjuet hadde fra 800 til 1300 pasienter på lista, de fleste hadde 1300 pasienter. Slik at med et såpass høyt antall pasienter og gjennomsnittet for en fastlege i Norge i 2020 (Helsedirektoratet, 2021) er 1068 pasienter på lista, så møter ikke disse legene jeg intervjuet denne pasientgruppa veldig ofte. Dessuten så er dette pasienter som har gitt uttrykk for at de sliter med selvmordstanker til fastlegen, hva med alle de som ikke sier noe om at de har selvmordstanker? De som kommer til fastlegen for at de sliter med søvn, trenger sykemelding eller har somatiske plager, og som ikke evner eller ønsker å fortelle at de sliter med tanker om å ta livet sitt? Jeg undrer meg om disse pasienten også er en del av datagrunnlaget i litteraturgjennomgangen til Stene-Larsen og Reneflot (2017) på oppdrag i fra FHI, hvor studiet viste at mer enn 80% av de som begår selvmord har vært i kontakt med fastlegen i løpet av det siste året, og mer enn 16 % har besøkt fastlegen måneden forut for selvmordet. I dette studiet har pasientene tatt livet sitt, og de har oppsøkt fastlegen i tiden før selvmordet, men er det iverksatt selvmordsforebyggende arbeid eller kom de for noe helt annet? Studiet sier ikke noe om hvilken helsehjelp som er gitt forut for selvmordet, kun at det er registrert kontakt mellom fastlege og pasient. Studien viser også at 31 % av disse pasientene hadde vært i kontakt med psykisk helsevern, der vil vi kunne anta at det er for vurdering og behandling for psykiske lidelser eller selvmordstanker, ettersom det kreves henvisning, og fastlegen har gjort en intervensjon på bakgrunn av opplysninger som foreligger.

To av legene i min undersøkelse snakket om relasjonsutfordringer hos pasientene sine, som følge av samlivsbrudd, konflikter i familie o.l., og at kriser av ulik årsak også kan være utløsende for at noen tar livet sitt. Man snakket om livskriser som utløste voldsomme reaksjoner og ønske om å dø og ikke lenger se meningen med livet. En pasientsentrert lege søker ikke bare diagnose og sykdom, men har også fokus på den biopsykososiale sykdomsforståelsen, hvor psyke og soma henger sammen. I studiet i fra Storbritannia – General practitioners' perspectives on primary care of consultations for suicidal patients – så man på 39 fastlegers håndtering og interaksjoner med pasienter før de begikk selvmord. Her var målet å utforske legens tolkning av kommunikasjonen med pasienten og hvilken

behandling pasienten fikk forut for selvmordet. Funnene i dette studiet resulterte i anbefalinger om å øke fastlegenes bevissthet om selvmordsrelaterte problemer og øke kunnskapen om selvmordsrisikovurderinger (Saini et al., 2016). Denne studien er sammenfallende med mine funn når det gjelder fastlegers kompetanse på selvmordsforebyggende arbeid og kommunikasjon med pasientene om selvmord. En av legene jeg intervjuet fortalte at han hadde hatt 1 selvmordsrisikovurdering siste 4 ukene, men at det var mer vanlig at han hadde pasienter som selvskadet, og hadde tilbakevendende selvmordsproblematikk. Disse pasientene kjente han godt og det var ingen stor risiko for at de ville ta livet sitt. Flere av legene jeg snakket med sa de hadde liten mengdetrening på risikovurderinger, og ønsket de hadde mer erfaring, i tillegg ønsket de seg en sjekkliste når de gjorde risikovurderingene. 3 av legene som hadde hatt praksis på DPS under spesialiseringen sa de følte seg mer trygge på suicidvurderinger enn før de var i praksis. Den ene legen sa han følte tidligere på usikkerhet, og grudde seg til å møte pasienter med selvmordsproblematikk, men etter praksis på DPS er han mer trygg i rollen i møte med disse pasientene, og har mer kunnskap og erfaring til å hjelpe de.

Et annet relevant studie i fra USA – *Primary care assessment of patients at risk for suicide*- viser oversikten anslagsvis at 45% av pasientene som har tatt selvmord, har vært hos fastlegen en måned til ett år før de døde. Funnene i dette studiet tyder på barrierer for legene å gjøre en selvmordsrisikovurdering, og at det er flere faktorer som avskrekker legen fra å gjøre en selvmordsrisikovurdering, som for eksempel tidsbegrensning, mangel på kunnskap og usikkerhet hos legen ved å snakke om selvmord med pasienten. Denne studien anbefaler at legene bruker screeningsverktøy for å identifisere pasienter i risikogruppen, ha kompetanse på selvmordsrisikovurdering og selvmordsforebygging. Dette med tidsbegrensning i forhold til å gjøre en selvmordsrisikovurdering var noe jeg også fant i mine studier. «Tid» var den største utfordringen til 5 av 8 leger for å hjelpe pasienter med selvmordstanker. De sa at konsultasjonene var på 15 minutter, og pasientene bestilte ikke ekstra tid for disse samtale, for slike samtaler tar ofte tid og sprenger tidsskjemaet til fastlegene og det blir forsinkelser resten av dagen. Dette medfører at andre pasienter blir irriterte for at de må vente, og legen må jobbe utover normal arbeidstid. Det er kjent fra før at fastlegene allerede jobber lange dager på grunn av kapasitetsutfordringer med pasientlistene og digitalisering med e-konsultasjoner. Noen av legene jeg intervjuet sa at dette er belastende og at dette tærer på. Dette gjør det heller ikke enklere å rekruttere

fastleger til ledige fastlege hjemler rundt omkring i Norge. På den andre siden så intervjuet jeg en fastlege, den legen med færrest på pasientlista – 800 pasienter, som ikke så på dette med «tid» som en hindring. Denne legen omtalte tiden som et verktøy, og ha fleksibilitet og mulighet til å lage seg tid til å snakke med pasienter med selvmordsproblematikk.

I intervjuene mine ble begrepet «tid» nevnt av samtlige fastleger, selv om det var ulikt syn på bruk av tid hos legene. Flertallet av legene formidlet at tiden ikke strakk til for å kunne gjøre gode selvmordsrisikovurderinger og ta opp problemstillinger på en ordinær konsultasjon. Så hvis man setter det i et litt større perspektiv så vil mer tid hos fastlegen pr pasient være både ressursbesparende og økonomisk –fremfor å henvise pasienten videre til spesialisthelsetjenesten- og ikke minst ha tid til å gi bedre forsvarlig pasientbehandling i fra en som kjenner pasienten, og ha rom for å snakke om vanskelige temaer som krever mer enn 15 minutter.

## **5.2 Vurdering av selvmordsrisiko**

Fra intervjuene jeg gjorde kom det frem at det var veldig ulik kunnskap og erfaring om psykiatri og selvmordsproblematikk blant legene. Som jeg var inne på tidligere så hadde to av legene hyppigere selvmordsrisikovurderinger enn de andre legene. Jeg undret meg litt over dette, og tok det opp med noen av de. Den ene legen som svarte at det var 1- 2 pasienter ukentlig med selvmordstanker begrunnet det med at pasientlisten var litt spesiell, og det var mye psykiatri blant pasientene. Dette fordi legen er interessert i dette fagfeltet og det ryktes blant pasientene. Mens en annen lege som hadde lite selvmordsrisikovurderinger, men som hadde hatt praksis på DPS, fortalte at hans pasientliste stort sett bestod av barnefamilier. Dette var selvvalgt i fra legen, som jobbet i en tilflytningskommune på Østlandet.

I alle studiene som er nevnt tidligere i denne oppgaven har man konkludert med at kunnskapen hos fastlegene om selvmordsforebyggende arbeid må forbedres. Legene må få en økt bevissthet om selvmordsrelaterte problemer og lære seg å identifisere risikoer. Ett av mine forskningsspørsmål var *hva er det som avgjør at man spør pasienter om selvmordstanker?* Alle legene jeg intervjuet svarte at det var i forbindelse med utredning av depresjon. Fastlegene sa videre at de kjente pasientene sine godt og at de brukte det

kliniske blikket og magesfølelsen for om de skulle ta opp med pasienten bekymring angående selvmordstanker. Ved vakter på legevakt eller vikar for en kollega var det ikke like enkelt. Fordi da kjente de ikke pasienten og hadde ikke samme forutsetning og ville ikke hatt samme tilnærmingen, med mindre pasienten kom til legevakt hvor bestillingen var selvmordsrisikovurdering. Så på bakgrunn av dette ser man viktigheten av å kjenne sine pasienter, slik mange fastleger gjør i dag.

I resultatene mine viste det seg at nesten halvparten av legene jeg intervjuet ikke hadde psykiatri som sitt favoritt fagfelt. Det ble ikke utdypet noe videre, men forklaringen de gav var at de hadde mindre interesse for feltet, og at psykiatri er et kompleks fagområde uten fasitsvar. Da er det interessant å stille spørsmål om pasienter med depresjon blir møtt med samme premissene som en pasient med kreft eller hjertelidelse, hvis det er slik at man ikke anser depresjon for å være en ordentlig sykdom? Mens en av legene jeg intervjuet fortalte at hun hadde mye psykiatri blant pasientene sine, fordi hun var kjent for å ha god kompetanse og interesse for fagfeltet, og det var flere på venteliste. Man bør da kanskje vurdere og gjøre undersøkelser av ulike fastlegene før man velger fastlege, etter hvilke behov og sykdomsutfordringer man har. Både negative holdninger og kunnskapshull kan representere et farlig hinder for at de som strever med depresjon og selvmordstanker ikke får hjelp.

Mye forskning og litteratur viser til at depresjon er en viktig risikofaktor for selvmord. Risikoen øker ved dype og langvarige depresjoner. I de nasjonale retningslinjene fra Helsedirektoratet er overordnede mål blant annet å bidra til økt oppdagelse, riktig diagnostisering av depressive tilstander og riktig bruk av medikamentell behandling. God behandling forutsetter grundig utredning av pasienten og pasientens livssituasjon. Bortimot halvparten av de som strever med depresjon oppsøker ikke hjelp, og de som oppsøker hjelp kan presentere somatiske plager, fremfor psykiske plager, slik jeg har nevnt også tidligere i drøftingen. Dette gjør diagnostiseringen krevende. Studier viser at fastlegene ofte overser depresjon, og at det er viktig med systematisk kartlegging igjennom klinisk samtale og bruke et kartleggingsskjema som et diagnostisk verktøy. For å vurdere depresjonsdybde, og et hjelpemiddel til å følge opp depresjonsbehandlingen anbefales det å bruke for eksempel Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) i primærhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2009).

I det pågående forskningsprosjektet til FHI – *Treatment pathways for suicide victims and suicide bereaved*- har man som mål å fokusere på fastlegen og behandlingsforløp forut for selvmord og for å identifisere sammenhenger for de som dør i selvmord (FHI, 2019). En av fastlegene jeg intervjuet sa han brukte MADRS spørreskjema kun ved oppstart av depresjonsbehandling. Legen sa at det var sjelden spørsmål om selvmordstanker i den forbindelsen, og mistanke om depresjon kom ofte i forbindelse med søvn vansker eller angst. Legene fortalte at det var ulike problemstillinger de oppsøkte fastlegen med, som for eksempel utbrenthet, utilstrekkelighet på jobb, samlivsbrudd, dårlig søvn og oppståtte kriser. Slik at det var ikke alltid relevant å ta opp selvmordsproblematikk med pasienten.

Resultatene fra min studie viser at fastlegene jeg intervjuet hadde god kjennskap til pasientene sine. De hadde forholdsvis lang erfaring som fastlege fra 5 til 15 år, og vært på samme fastlegekontor hele tiden. Faktorer som kjennskap og relasjon over tid til pasienten er en viktig faktor i det selvmordsforebyggende arbeidet. Det bekrefter også kvartalsrapporten for 2021 for allmennlegetjenesten (Helsedirektoratet, 2021) at kontinuitet i forholdet mellom pasient og lege gir bedre forebygging, bedre behandling og bedre oppfølging. Noe som vil være med å bidra til redusert dødelighet blant pasienter. Kontinuitet i pasientforholdet er ikke tilfelle over alt i Norge, det er store utfordringer for å rekruttere og beholde fastleger i dag, og mange pasienter står uten fastlege, eller har en vikar lege. Disse legene kjenner ikke pasientene sine, noe som utgjør en viss risiko, med tanke på kjennskap og tillitt i det selvmordsforebyggende arbeid.

På den andre siden er det også viktig å si noe om en annen årsak til at en del eksisterende forebyggingstiltak vil ha vansker med å redusere forekomst av depresjon og selvmordsadferd i befolkningen. Fordi en stor andel mennesker som strever med dette kommer ikke i kontakt med hjelpeapparatet. Så på den ene siden er det behov for allerede eksisterende tiltak, at de utnyttes bedre og gjøres mer kjent, samtidig som det suppleres med nye og målrettede tiltak for å styrke behandlingen av depresjon og selvmordsadferd. Disse tiltakene bør være rettet mot allmennheten, relevante tjenester i samfunnet, primærhelsetjenesten, pasienter og pårørende.



### 5.3 Nye perspektiv på selvmordsforebygging

Ett av mine mål med denne oppgaven var å utforske kontaktpunktet mellom fastlegen og pasienter med selvmordstanker med bakgrunn i studiet fra FHI om at 80 % av de som begår selvmord i Norge har vært i kontakt med fastlegen året før de tok livet sitt (Stene – Larsen & Reneflot, 2017). Jeg ønsket å utforske dette litt nærmere, og hadde en hypotese om at «svaret» lå i dette kontaktpunktet hos legen.

Etter hvert som oppgaven utviklet seg og jeg fikk resultatene i fra intervjuene så jeg at min forforståelse og forutinntatthet ikke stemte med virkeligheten til de fastlegene jeg hadde snakket med. Legene svarte at det var «ikke ofte» de hadde pasienter med selvmordstanker eller selvmordsplaner. Det var kun to av legene som svarte at de hadde en til to pasienter ukentlig hvor selvmord var et tema. De andre legene svarte annenhver uke til en gang i måneden. På bakgrunn av at jeg jobber i psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten og møter disse pasientene hele tiden, trodde jeg at det gjaldt fastlegene også. I utgangspunktet snakker vi om 639 selvmord i Norge i 2021 (FHI, 2022), det er i seg selv ikke et stort tall, og fordelt på 4800 fastlege hjemler i Norge i 2018 (Statistisk sentralbyrå, 2019) er det ikke mange pasienter det gjelder pr fastlege pr år. Selv om det er en unison enighet i fra myndigheter og fagfolk om at selvmordsraten i Norge må tilstrebes å komme ned mot null. Hvis man ser på tall i fra 2018 så tok 674 mennesker livet sitt i Norge, mens i 2021 tok 639 mennesker livet sitt. Statistikk viser at det er ingen signifikant nedgang i nasjonale selvmordsrater de siste 20 årene (Ekeberg & Hem, 2019). Dagens selvmordsforebygging er i stor grad basert på en biomedisinsk helsemodell (Helsedirektoratet, 2014). Ut ifra den biomedisinske modellen tenker man at selvmord handler om psykisk lidelse, og at det er sykdommen som er skyld i selvmordet. Videre har man tenkt at ved kun å behandle den psykiske lidelsen, spesielt depresjon, vil selvmordstallene gå ned. Derfor er det ønskelig å få et bredere perspektiv enn kun å ha fokus på psykiske lidelser, men også vektlegge andre faktorer når mennesker tar sitt eget liv (Rasmussen & Dieserud, 2018).

I mine undersøkelser fant jeg at flere av fastlegene var overrasket over at noen av deres pasienter hadde tatt livet sitt. Det hadde ikke vært noe kontakt i forkant, ingen bekymring eller ingen tidligere psykisk lidelse. Legene hadde kun blitt varslet om at pasienten deres var død på grunn av selvmord. En av legene sa det var noen mannlige pasienter som hadde

en økt risiko, hvor det er en sårbarhet ved kriser som samlivsbrudd, tap av jobb, rot i økonomien og ensomhet. Dette kan støttes av Joiners interpersonlige teori (ITS) hvor opplevelsen av å være en byrde, manglende tilhørighet og evne til selvskading er forutsetninger for menneskers selvmordsønsker (Joiner, T. 2007).

En annen lege sa i intervjuet at uansett hvor mange kriseplaner, sikringstiltak, støtte av pårørende og nettverket til pasienten, så kan man aldri vær for sikker. Til slutt så er det pasienten valg om man tar livet sitt.

Ettersom de fleste selvmord skjer med mennesker som ikke får behandling i helsevesenet (Ekeberg & Hem, 2019) bør noen av hovedmålene for selvmordsforebyggende tiltak være å fange opp selvmordstruede personer som ikke oppsøker helsehjelp. Forbedringspunktet bør være at førstelinjetjenesten og fastlegene må bli bedre på fange opp mennesker som er i risikosonen, slik at de kan sette inn tiltak og eventuelt henvise videre til spesialisthelsetjenesten. Målet bør da være å kartlegge den akutte selvmordskrisen og kartlegge den psykiske helsen og andre sosiale forhold. For deretter å vurdere å henvise videre til psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten.

Noen av legene jeg intervjuet hadde en oppfatning om at kjennskap, allianse og stabilitet er viktig for å gi pasienten trygghet om at de kan komme å snakke med fastlegen om alt, også i krisesituasjoner. Samt at trygghet og god kommunikasjon mellom legen og pasienten gjør det enklere å snakke om vanskelige temaer som selvmord og selvskading. Det samme med pårørende, at kjennskap til pasienten og pasientens familie var viktig for å kunne gi god støtte og helsehjelp i kriser og vanskelige situasjoner.

I lys at vi har en biomedisinsk forståelse av selvmordsfeltet, og at det kan virke som det er noe uenighet blant ekspertene på fagfeltet om vektlegging av risikofaktorer ved selvmord - så tenker jeg ut i fra det jeg har drøftet at det er viktig at pasienter blir sett, hørt og forstått, og ikke nødvendigvis vurdert og sikret ut ifra standardiserte prosedyrer. Å basere selvmordsforebygging gjennomgående på et biomedisinsk perspektiv kan være problematisk. Når nyere studier viser at nesten 40% av alle selvmord ikke kan knyttes til alvorlig psykisk lidelse (Rasmussen & Dieserud, 2018). Resultatene i dette studiet stemmer ikke overens med den etablerte oppfatningen at selvmord henger sammen med psykisk sykdom. Slik jeg tolker og ut i fra mine funn så må selvmord og selvmordsatferd forstås både i lys av livshistorien, om det foreligger en psykisk sykdom hos den selvmordstruede

og ulike teoretiske tilnærminger om temaet. Samtidig så sier ikke mine resultater noe om at fastlegene har ytret ønsker eller tanker om å være mer proaktive når det kommer til selvmordsforebyggende arbeid, eller måten de jobber på med pasienter i risikogruppen. I ettertid ser jeg at det burde vært tematisert mer i intervjuene og i diskusjonene med legene. Det ville muligens gitt et mer nyansert bilde på problemstillingen min om jeg hadde gått grundigere til verks i å undersøke fastlegens motivasjon til å jobbe med denne pasientgruppa.

#### **5.4 Fastlegeordningen**

Det er samfunnsøkonomisk lønnsomt å ha en god dimensjonert fastlegetjeneste med god kvalitet ifølge Helsedirektoratet (2021). I mine undersøkelser svarte legene at kjennskap og allianse over tid med pasientene var viktig, og at det også er mange fordeler ved å være fastlege. Fordi man er i en posisjon til påvirke og gjøre en forskjell i pasientens liv og at det er en kontinuitet i pasient behandlingen. Den ene fastlegen fortalte at når man har sine egne pasienter over tid, så kommer de til deg fordi de kjenner seg trygge på deg. I denne sammenhengen er det også enklere å spørre om hvordan pasienten har det og ta opp temaer som kan være vanskelig å sette ord på, som for eksempel selvmordstanker. Dette støtter også handlingsplanen for forebygging av selvmord 2020-2025, og rapporten i fra allmennlegetjenesten 2020-2024. På den andre siden er det relevant å ta for seg fastlegekrisen som man begynte å se konturene av i 2011, etter at samhandlingsreformen ble etablert, og oppgaveoverføring fra sykehusene til fastlegene økte. I en ny rapport i fra Helsedirektoratet (2021) som omhandler oppfølgingsplan for Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 er målet en mer bærekraftig og fremtidsrettet fastlegeordning for befolkningen i Norge. Denne rapporten påpeker viktigheten av kontinuitet i forholdet mellom fastlege og pasient. Det gir bedre forebygging, bedre behandling og bedre oppfølging. Dette kan også redusere legevaktbesøk og sykehusinnleggelses, og være med til å bidra til redusert dødelighet blant pasienter. Som fastlege har man en stor grad av autonomi, fordi mange fastleger er ansatt hos seg selv, og eier sin egen «butikk». Det gjør at de har stor innflytelse på sin egen arbeidsdag og arbeidstid. Flere av legene jeg intervjuet snakket om lange arbeidsdager, som kunne strekke seg fra 12 til 14 timer om dagen, og helge jobbing med å besvare pasient henvendelser på Helse Norge. I tillegg så snakket legene om kurs, undervisning og

samarbeidsmøter i tillegg til pasientarbeid. En av legene som jeg intervjuet beskrev fastlegepraksisen som en egen butikk. I motsetning til de fleste bedrifter er kundegrunnlaget nokså sikkert, men inntekten er strengt regulert. Rammen for fastlegeordningen baseres på total egenandel, refusjon, tilskudd og fond (Legeforeningen, 23.03.22). Da jeg tematiserte hvilke kurs og opplæring legene prioriterte, svarte alle at de synes det var vanskelig å prioritere å gå på kurs de ikke var pålagt, eller fikk godkjent av legeforeningen, eller fikk betalt for igjennom HELFO – Helseøkonomisk forvaltning. De sa også at de hadde prioritert å gå på flere kurs hvis dette hadde vært annerledes med tanke på økonomiske insentiver og de fikk det godkjent. En ting som var nytt for meg var da en av fastlegene fortalte at han kun brukte MADRS spørreskjema, i forbindelse med depresjonsbehandling, fordi det var det eneste screeningsverktøyet som gav godkjent takst, og de fikk betalt for av HELFO. Dette vil påvirke helsehjelpen pasienten får, fordi den er styrt av hva fastlegen får godkjent som takst. Man kan gjerne si at fastlegene kan jobbe mer og dermed tjene mer, men med dagens system vil et overforbruk av takster uten åpenbart grunnlag ikke gi noe mer penger i kassa til legen.

Det er relevant å legge frem at det kommer nye tiltak i lys av det som har vært diskutert her og den fastlegekrisen som myndighetene i Norge står ovenfor. For i 2020 la regjeringen frem en ny handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024. Bakgrunnen for dette var økt arbeidsbelastning for fastlegene, lange arbeidsdager, utfordringer med å rekruttere og beholde leger. Målet med handlingsplanen er å utvikle, styrke og bevare en fastlegeordning som gir pasientene tjenester av høy kvalitet. Handlingsplanen definerer flere målområder: En trygg inngang til fastlegeyrket, overkommelig arbeidsmengde, relevante og faglige oppgaver. I tillegg mer systematisk kvalitetsarbeid og teambasert fremtid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). På bakgrunn av mine resultater tenker jeg at det også er viktig å samtidig å se på refusjonsordningene til fastlegene, uten at jeg har noen flere holdepunkter fra mine funn for å si noe om det påvirker pasientbehandling og forebygging av selvmord hos fastlegen.

## **5.5 Kompetanseløft i det selvmordsforebyggende arbeidet**

Alle fastlegene jeg intervjuet hadde tatt medisinstudiet i utlandet, og det viste seg at det var veldig varierende hvor mye psykiatri og selvmordsforebyggende undervisning og praksis de hadde hatt. Flesteparten av de jeg intervjuet hadde tatt medisinstudiet for

en del år siden i Polen, der var det lite fokus på psykiatri og selvmordsforebygging, og ingen praksis under studietiden. Mens 2 av de som hadde gått i Danmark hadde en helt annen oppfatning, De hadde hatt mye fokus på dette både i undervisning og i praksis. 3 av legene jeg intervjuet hadde fordypet seg i psykiatri under spesialiseringen for allmennmedisin, og fremstod mer erfaren da vi snakket om denne pasientgruppa, og hvilken kunnskap de hadde i forhold til selvmordsforebyggende arbeid. Samtidig så opplevde jeg at noen av legene som ikke hadde den samme fordypningen, hadde stort ønske om å lære mer om selvmordsforebyggende arbeid. Ingen av legene hadde tatt noen ekstra kurs forbindelse med selvmordsrisikovurderinger eller selvmordsforebyggende arbeid. Kunnskapen deres var lært i turnustjeneste etter endt medisinutdanning, på legevakt, eller ved gjennomgang av epikriser og kollega veiledning på fastlegekontoret. Alle legene svarte at de ikke prioriterte slike kurs, de fikk heller ikke betalt, eller godkjent kursene hos Legeforeningen. Samtidig så sa de at de ønsket mer kurs, og var positive til å oppdatere seg. De nevnte blant annet at DPS kunne invitere til undervisning i selvmordsrisikovurderinger, eller få tilgang til godkjente kurs igjennom Legeforeningen. Ettersom ingen av disse kursene er pålagte kurs som legene må ta, handler dette mye om prioritering, økonomi, interesse og motivasjon. Studien fra USA- *Primary care assessment of patients at risk for suicide* (2015) understøtter viktigheten at legene lærer å identifisere pasienter som er i risikogruppen. Forskningen her viste at de legene som har kompetanse til å vurdere pasienter med selvmordsrisiko, har større sannsynlighet for å screene og henvise risikopasienter. Studien konkluderte med at screening og selvmordsrisikovurdering hos fastlegen er avgjørende for å forebygge selvmord. Fastlegene i Norge har en nøkkelrolle i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Fastlegene har i stor grad vært en suksess, og som har sørget for at den norske befolkningen har fått et helsetilbud der de bor. Utfordringsbildet for fastlegene har endret seg en del siste årene med større arbeidspress, mer byråkrati og større krav til tjenestene, men for å møte disse kravene må legene oppdatere seg igjennom faglig aktivitet og kvalitetsforbedrende arbeid.

Ved å utnytte kontaktpunktet når pasienten først har kommet til fastlegen, har en lege en gyllen mulighet til å oppdage tegn på selvmordsrisiko, ifølge psykiater Lars Mehlum ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging (NSFF). Han beskriver et e-læringskurs om selvmordsrisiko som er tilpasset for fastleger, og som kan gi økt kunnskap og flere tiltak i verktøykassen i møte med disse pasientene. Ingen av legene jeg intervjuet

snakket om e-læringskurs, eller informasjon og tilbud om kurs via legeforeningen. Dette stiller jeg meg veldig undrende til, for på den ene siden ønsker norske myndigheter igjennom handlingsplaner og retningslinjer en økt kompetanse blant fastleger innenfor selvmordsforebyggende arbeid i Norge, og på den andre siden møter man fastleger som kan velge selv hvilke kurs de vil prioritere, og et system hvor det er få spor av friske midler, finansielle muskler og invitasjoner til denne type kurs og undervisning.

På et av forskningsspørsmålene jeg hadde til legene under intervjuet ønsket jeg å utforske litt nærmere hva den største utfordringen eller hindringen man har i møte med denne pasientgruppa? Jeg var også inne på dette i punkt 5.1. Legene svarte her at de savnet noen konferere med da de hadde pasienter med selvmordstanker. De ønsket å kunne ringe en vakttelefon i spesialisthelsetjenesten og komme direkte til en psykiater, slik man gjør ved somatiske problemstillinger. Da får man snakke med en forvakt på medisinsk avdeling på sykehuset. De sa videre at det var vanskelig å sitte alene med selvmordsvurderinger, og ønsket et drøftingspartner og en second opinion fra spesialist. Flertallet av legene jeg intervjuet sa de fikk god hjelp av Akutteamene på DPS, og at de var enkle å få tak i og de fikk støtte til vurderingen sin. Min erfaring med fastleger som kontakter Akutteam på DPS er at de ønsker både noen å drøfte med i forbindelse med medisinerings, innleggelse på sykehus og veiledning i forhold til bruk av tvangsparagrafer og samtykkekompetanse. Det var en lege som sa at man valgte kurs ut i fra det man trenger og det som interessant. Funn fra min undersøkelse viser til stor frihet for legene å velge hvilke kurs og undervisninger de vil prioritere. I tillegg så fant jeg at legene prioriterer kurs etter hva som gir de inntekt til fastlegepraksisen.

## **5.6 Handlingsplan – Ingen å miste**

Bakteppe for denne oppgaven, og nysgjerrigheten for tema, kom da jeg leste handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025, med tittelen *Ingen å miste*.

Med denne handlingsplanen ble det innført nullvisjon for selvmord i Norge innen 2025. Det betyr at en nullvisjon skal bidra til at hjelpeapparatet jobber mer kunnskapsbasert og systematisk. Samt å formidle et verdisyn om at alle har et felles ansvar i samfunnet for å bedre selvmordsforebyggende arbeid i Norge (Regjeringen, 2020). Mitt valg var da å undersøke fastlegens rolle inn i dette. Som en del av intervjuprosessen med fastlegene var

et av spørsmålene til legene om de kjente til handlingsplan for forebygging av selvmord. Jeg hadde tatt utskrift og viste den frem under intervjuet. Ingen av de 8 fastlegene hadde hverken hørt om den eller noe kjennskap til den fra tidligere. Det overrasket meg at handlingsplanen ikke var kjent hos legene, ettersom dette er en forpliktelse om å jobbe ut i fra at vi ikke har noen å miste i selvmord. Nullvisjonen skal gjelde for hele samfunnet, fordi arbeidet for å forebygge selvmord tilhører alle sektorer i samfunnet. Ett av hovedmålene til handlingsplanen er å yte god hjelp og gi gode behandlingsforløp for mennesker i selvmordsrisiko. Her har man identifisert og tydeliggjort hvilke satsningsområder som skal vektlegges, og hvilke kunnskapsbaserte intervensjoner som skal benyttes. Det er behandling av psykiske lidelser, spesielt depresjon og gode behandlingsforløp i hele helsetjenesten. Dette er punkter som handlingsplanen mener gir god effekt på selvmordsforebygging. Tidligere så har man hatt størst fokus på spesialisthelsetjenesten og forebygging av selvmord i psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet, 2008) og lite fokus på primærhelsetjenesten og fastlegene. Den siste handlingsplanen har en tydeligere forventning til kommune helsetjenesten både ved lovverket og ansvar på systemnivå for å fremme folkehelse.

Som vi så av forskningsprosjektet som ble gjennomført av KS-kommunesektorens interesse –og arbeidsgiverorganisasjon for å bidra til å bedre kunnskapen om fastlegenes helsefremmede og forebyggende arbeid. Dette studiet viste at det er stor variasjon i helsefremmede og forebyggende aktivitet blant fastlegene (NTNU, 15.02.20). At mer enn 80% av de som dør av selvmord i Norge har vært i kontakt med fastlegene i løpet av siste året før selvmordet, tyder på at det er et potensiale for selvmordsforebygging i denne tjenesten. Det bør skje igjennom å ha kunnskap om å identifisere mennesker i krise, kommunikasjon og etterspørre selvmordstanker og sørge rask og god hjelp og behandling i hjelpeapparatet. På den andre siden så er det viktig å ha et større fokus på opplysningskampanjer til befolkningen. Ved å informere om hvilke tegn og risikoer man skal se etter hos en som har selvmordstanker. Her tenker jeg at alle har et samfunnsansvar, om å se, spørre og formidle hjelp. Ettersom ingen av legene jeg intervjuet kjente til handlingsplanen for forebygging av selvmord 2020-2025 ble det vanskelig å gå nærmere inn på satsningsområdene i intervjuene, og diskutere hvilken rolle fastlegene har i en slik nasjonal plan. Det undres meg at kommunene og bydelene, hvor fastlegene er ansatt, ikke har en mer sentral rolle i å opplyse og inkludere fastlegene i viktigheten av en sãnn plan.

## 6. KONKLUSJON OG VEIEN VIDERE

Resultatene i fra denne studien viser hvor vanskelig selvmordsforebyggende arbeid kan være. Samtidig så viser studiet at fremtidige tiltak og intervensjoner bør inkludere et bredere perspektiv på selvmord enn det vi har hatt fokus på frem til i dag. Resultatene utfordrer dagens forebyggingssmodell ved at det er ikke er tilstrekkelig å forklare selvmord med psykisk lidelse, til tross for at det er knyttet forhøyet risiko til alvorlig depresjon. Resultater i nevnte studier og funnene jeg fant stemmer ikke overens med den etablerte oppfatningen om at selvmord er knyttet til psykisk sykdom. Det viser hvor sammensatt selvmordsforebyggende arbeid er, og hvor vanskelig det er å predikere og forutsi hvem som tar livet sitt. Dette kan være noe av forklaringen på hvorfor selvmordstallene ikke går ned i Norge. Selvmordsforebyggende arbeid må foregå på mange parallelle plan, og hvis vi begrenser søkelyset vårt på psykiatriske diagnoser vil vi utelukke mange av de som lider.

I gjennom arbeidet med oppgaven og resultatene fra undersøkelsen min har jeg gjort meg noen tanker rundt fastlegenes handlingsrom, deres motivasjon og kompetanse til å hjelpe pasienter som har selvmordsrisiko. Forskning viser at fastlegene både savner og etterlyser kunnskap om selvmordsforebyggende arbeid. Dette bekreftet legene jeg intervjuet også, men de må forholde seg til finansielle rammer som påvirker pasientbehandlingen i form av takster, refusjoner og egenandel. Ut i fra selvmords teorier kan selvmordsatferd forstås som en reaksjon på et stort ytre og indre press, helt uavhengig av psykisk lidelse eller ei. Hvor selvmord kan oppleves som den eneste utveien på en uløselig krise. Alle disse studiene, i tillegg til mine funn som er nevnt ovenfor gir viktige data for å undersøke om kontakten mellom fastlege og pasient kan utnyttes i større grad i det selvmordsforebyggende arbeidet fremover og øke kompetansen til legene i møte med disse pasientene. Så får man håpe at framtidige handlingsplaner og tiltak forholder seg til kvalitativ forskning fremover og at nasjonale handlingsplaner gjøres mer kjent, og at vi på bakgrunn av det kan få en økt forståelse for å kunne hjelpe de som sliter med selvmordstanker, slik at selvmordsraten i Norge går ned.



## 6.1 Veien videre

Denne studien gir kunnskap om hva fastlegene gjør i møte med pasienter som er selvmordstruet. Intervjuene med fastlegene og funn i fra tidligere forskning avdekker at fastlegene bør styrke sin kompetanse innenfor selvmordsrisikovurdering og selvmordsforebygging. Det kom også frem av mine funn at det er behov for at spesialister i psykisk helsevern er mer tilgjengelig for konferering med fastlegene. I tillegg bør myndigheten se på hvilke finansieringsrammer fastlegen er underlagt, slik at det ikke påvirker hvilke behandling pasienten får. Til sist bør handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025 - *Ingen å miste* – gjøres mer kjent i primærhelsetjenesten og blant fastleger, hvis myndighetene skal nå sine satsningsmål innenfor 2025.

## Litteraturliste

- Beck, A. T., & Weishaar, M. E. (1990). Suicide risk assessment and prediction. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 11(2), 22–30.  
PMID: 2076612
- Beck A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Bono, V., & Lazaros, C. A. (2015). Primary care assessment of patients at risk for suicide. *JAAPA* 28(12), 35-39.  
<https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000473360.07845.66>
- Dieserud G. (2006). Psykologisk perspektiv på selvmordsatferd. *Impuls*, 1, 23-31.
- Durkheim, É. (1951). *Suicide: a study in sociology* (J.A. Spaulding & G. Simpson, Trans.). Free Press. (Original work published 1897)
- Ekeberg, Ø., & Hem, E. (2019). Hvorfor går ikke selvmordsraten ned i Norge? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 139(11). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0943>
- Erichsen, V. (Ed.). (1996) *Profesjonsmakt: på sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Tano Aschehoug.
- Falkum, E. (2008). Den biopsykososiale modellen: Bør den formuleres på nytt i lys av nevrobiologisk og stressmedisinsk forskning? *Michael Quarterly*, 5(3), 255-263.  
<https://www.michaeljournal.no/article/2008/09/Den-biopsykososiale-modellen>
- Fleiner, R. L. (2016, January 1). *Skal lære å se fare for selvmord*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Retrieved March 13th 2022 from.  
<https://napha.no/content/20514/skal-lare-a-se-fare-for-selvmord>
- Folkehelseinstituttet. (2021). *Folkehelse rapportens temautgave 2021. Folkehelsen etter covid-19. Pandemiens konsekvenser i ulike grupper i befolkningen* (Report 2021). Folkehelseinstituttet. [Folkehelse rapportens temautgave 2021. Folkehelsen etter covid-19. Pandemiens konsekvenser i ulike grupper i befolkningen. \(fhi.no\)](https://www.fhi.no/publ/2021/temautgave-2021-folkehelsen-etter-covid-19-pandemiens-konsekvenser-i-ulike-grupper-i-befolkningen)

- Folkehelseinstituttet. (2019, september 6). *Treatment pathways for suicide victims and suicide bereaved - prosjektbeskrivelse*. Retrieved from <https://www.fhi.no/cristin-prosjekter/aktiv/treatment-pathways-for-suicide-victims-and-suicide-bereaved/>
- Gronseth, I. M., Malterud, K., & Nilsen, S. (2020). Why do doctors in Norway choose general practice and remain there? A qualitative study about motivational experiences. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28(2), 184-191. <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1753348>
- Grytten, J., Sørensen, R. J., & Skau, I. (2005). Fastlegeordningen: marked, legedekning og tilgjengelighet. *Handelshøyskolen BI*, 4. <http://hdl.handle.net/11250/94246>
- Haga, E., Thomassen, H., Mork, E., & Mehlum, L. (2017). ifightdepression-selvhjelpsverktøy for personer med depresjon. *Suicidologi*, 22(2), 34-36. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.5437>
- Hauge, L. J., Stene-Larsen, K., Grimholt, T. K., Øien-Ødegaard, C., & Reneflot, A. (2018). Use of primary health care services prior to suicide in the Norwegian population 2006-2015. *BMC Health Services Research*, 18(1), 619. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3419-9>
- Helsedirektoratet. (2021). *Oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 kvartalsrapport 3. kvartal 2021*. [Oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 Kvartalsrapport 3. kvartal 2021 - Helsedirektoratet](#)
- Helsedirektoratet. (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017*. [Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017 - regjeringen.no](#)
- Helsedirektoratet. (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017*. [handlingsplan\\_selvmord\\_300414.pdf \(regjeringen.no\)](#)
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær og spesialisthelsetjeneste*. [Voksne med depresjon – Nasjonal retningslinje for diagnostisering og behandling i primær- og spesialisthelsetjenesten.pdf](#)

Helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. [Forebygging av selvmord i psykisk helsevern – Nasjonal faglig retningslinje.pdf](#)

Helsedirektoratet. (1993). *Nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge*. Helsedirektoratets utredningsserie ; 1-93. Oslo.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025: Ingen å miste*. [Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025 - regjeringen.no](#)

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Vedleggene til handlingsplan for forebygging av selvmord: Ingen å miste*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/ef9cc6bd2e0842bf9ac722459503f44c/handlingsplan-mot-selvmord-vedlegg.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024; Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten/id2701926/>

Helse – og omsorgsdepartementet. (2004). *Statusrapport om fastlegeordningen etter to og et halvt år – erfaringer fra og med innføringen 1.6.2001 til og med 31.12.2003*. <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/rap/2004/0003/ddd/pdfv/232628-fastlegerapporten.pdf>

<https://www.helfo.no/fastlegeordninga/fastlegeordninga> Lest 27.01.22

Inskip, H. M., Harris, E. C., & Barraclough, B. (1998). Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 172(1), 35-37. <https://doi.org/10.1192/bjp.172.1.35>

Joiner, T. (2007). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.

Kvale, S., & Brinkman, S. A. (2015). *Det kvalitative forskningsintervjuet* (3rd ed., Vol. 2) (Rygge, J., & Anderssen, T. M., Trans.). Gyldendal akademisk

<https://www.legeforeningen.no/jus-og-arbeidsliv/drift-av-legekontor/fastlege/drift-av-legekontor/> Lest 23.02.22

Malterud, K. & Stensland, P. (2016). *Konsultasjonsmodeller*. Den norske legeforening.

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmenmedisin/Kurs-og-kvalitetsarbeid/legekunst-i-praksis/konsultasjonsmodeller/>

Lester, D. (Ed.). (1988). *Why women kill themselves*. Charles C. Thomas.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.th ed.). Universitetsforlaget.

Malterud, K., & Stensland, P. (2016, September 28). *Konsultasjonsmodeller*. Den norske legeforening. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmenmedisin/Kurs-og-kvalitetsarbeid/legekunst-i-praksis/konsultasjonsmodeller/>

Meland, E., Schei, E., & Bærheim, A. (2020). Pasientsentrert medisin – En oversikt med vekt på bakgrunn og dokumentasjon. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 120(19):2253 – 6. <https://tidsskriftet.no/2000/08/klinikk-og-forskning/pasientsentrert-medisin-en-oversikt-med-vekt-pa-bakgrunn-og>

Menninger, K. (1938). *Man against himself*. Harcourt. Brace and Company.

Michel, K. (2011). Introduction. In K. Michel & D.A. Jobes (Eds.) *Building a Therapeutic Alliance With the Suicidal Patient* (1st ed., pp. 3-10). American Psychological Association.

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. (2020, March 27). *Fakta om selvskading*. Universitetet i Oslo. Retrieved from: [https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selvsmord-selvskading/selvskading/nssf\\_hva-er-selvskading.pdf](https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selvsmord-selvskading/selvskading/nssf_hva-er-selvskading.pdf)

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133-154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>

NORCE (2020). <https://www.norceresearch.no/nyheter/hvorfor-velger-leger-allmenmedisin-og-hvorfor-forblir-de-i-praksis>

Norges forskningsråd. (2006). *Evaluering av fastlegereformen 2001-2005 Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter.*

Rønnevik, D.H., Pettersen, B. & Grimsmo, A. (2020). *Fastlegenes rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid.*

<https://www.ks.no/globalassets/Allmennlegenes-rolle-i-helsefremming-og-forebygging-enderlig-nett.pdf>

Rasmussen, M. L., & Dieserud, G. (2018). Etterlattes erfaringer ved selvmord hos unge menn. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 138(3).

<https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0571>

Retterstøl, N. (1995) *Selv mord*. Universitetsforlaget.

Rønnevik, D-H., Pettersen, B., & Grimsmo, A. (2020). *Fastlegenes rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid – som utøver og lyttepost*. Norges Teknisk-naturvitenskapelige universitet.

[https://www.researchgate.net/publication/347426315\\_Fastlegers\\_rolle\\_i\\_forebyggende\\_og\\_helsefremmende\\_arbeid](https://www.researchgate.net/publication/347426315_Fastlegers_rolle_i_forebyggende_og_helsefremmende_arbeid)

Saini, P., Chantler, K., & Kapur, N. (2016). General practitioners' perspectives on primary care consultations for suicidal patients. *Health and Social Care in the Community*, 24(3), 260-269. <https://doi.org/10.1111/hsc.12198>

Sandvik, H. (2006). *Evaluering av fastlegereformen 2001-2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter*. Norges forskningsråd.

[1144144503427.pdf \(forskingsradet.no\)](https://www.forskingsradet.no/1144144503427.pdf)

Shneidman, E. S. (1996). *The suicidal mind*. Oxford University Press.

Shneidman, E. (1985). *Definition of Suicide*. Rowman & Littlefield Publishers, INC

Shneidman, E. S. (1977). *Definition of suicide*. Rowman & Littlefield publishers, Inc.

Stene-Larsen, K., & Reneflot, A. (2017). Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(1), 9-17.  
<https://doi.org/10.1177/1403494817746274>

Sundström, P. (1993). [Past and present--the roots of our modern concept of disease in 19th century clinical practice and science]. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 113(22):2812-6. [[Past and present--the roots of our modern concept of disease in 19th century clinical practice and science](#)] - PubMed (nih.gov)

Tranøy, K.E. (1998) *Moral, etikk og moralfilosofi er tre forskjellige ting*. Universitetsforlaget.

Universitetet i Oslo (29.03.2022). Nasjonalt senter for selvmordsforskning – og forebygging

<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/litteratur/boker-fra-nssf/haukoeystgaard.html#Holdninger> Lest 29.03.2022

# Vedlegg 1

## Informasjonsskriv

### Vil du delta i forskningsprosjektet?

*Hvordan kan du som fastlege yte helsehjelp til en pasient med selvmordsadferd?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut hvordan fastlegene føler seg rustet til å møte pasienter med selvmordstanker og selvmordsplaner. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Bakgrunn og formål

Jeg heter Line Schjønnesen, og jobber til daglig som seksjonsleder i et akutteam, som er en del av et DPS i divisjon psykisk helse. Jeg kombinerer jobb samtidig som jeg tar en Master i Helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo. I min Masteroppgave skriver jeg om fastleger. Jeg ønsker å finne ut hvordan fastlegene gir helsehjelp til pasienter med selvmordstanker og selvmordsplaner.

I ny handlingsplan fra regjeringen for å forebygge selvmord 2020-2025 så skal det innføres nullvisjon for selvmord i Norge. Nullvisjonen skal gjelde hele samfunnet og det skal jobbes med mer åpenhet igjennom folkeopplysningskampanjer. Målet er å heve kunnskapen om selvmord og depresjon og få flere til å søke hjelp.

Når pasienter eller pårørende av pasienter med selvmordsadferd tar kontakt med fastlegen for å få hjelp kan det ofte være krevende møter. Både fordi man er presset på tid, eller man kjenner ikke pasienten godt nok, eller å vurdere alvorlighetsgraden av bekymringen og hvilke tiltak man igangsetter. Jeg ønsker å forske mer om dette temaet, og hvilke utfordringer fastlegene møter med denne pasientgruppen. Jeg ønsker å kartlegge hvilken kunnskap og tiltak fastlegene har i behandlingen til pasienter med selvmordsadferd.

Universitetet i Oslo er ansvarlig for prosjektet. Min veileder for oppgaven er Helge Skirbekk ved UiO, Institutt for helse og samfunn.

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

Deltagelsen vil bli i form av å møte meg til et dybdeintervju. Det vil foregå som en samtale mellom deg og meg, og jeg har utarbeidet en intervjuguide med spørsmål som jeg vil bruke under intervjuet. Samtalen vil bli tatt opp på et lydopptak. Den vil ha en varighet på ca 30-45 min.



## **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi grunn. Alle dine personopplysninger vil bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller velger å trekke deg senere.

## **Dine rettigheter**

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

Det er kun veileder Helge Skirbekk ved UiO og jeg som har tilgang til disse opplysningene

For å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysningene vil de bli erstattet med et nummer som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Navnelista vil bli innelåst i et metallskap.

Det vil ikke fremkomme opplysninger om deg hverken i opptak, skriftlig notater eller i den publiserte oppgaven. Det er kun jeg som har tilgang til lydfile. Lydfile vil bli oppbevart på en harddisk i låst metallskap. Alle opplysninger vil bli anonymisert slik at det vil ikke være mulig å identifisere deg i oppgaven for andre enn deg selv.

I forbindelse med gjennomføringen av intervjuet vil du bli bedt om undertegne en samtykkeerklæring.

## **Hva skjer med informasjonen som du deler med meg?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes senest 01.06.2022. Da vil lydfile fra intervjuene, samt notater bli slettet.

## **Dine rettigheter**

- Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:
  - innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
  - å få rettet personopplysninger om deg,
  - å få slettet personopplysninger om deg,
  - å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Medisinsk fakultet ved UiO, institutt for helse og samfunn, avdeling for helseøkonomi har NSD -Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Student Line Schjønnesen, [line190174@gmail.com](mailto:line190174@gmail.com), mobil: 93435535
- Veileder Helge Skirbekk, mobil 92800261, el. e-post [helge.skirbekk@medisin.uio.no](mailto:helge.skirbekk@medisin.uio.no).
- Vårt personvernombud: Roger Markgraf-Bye. Personvernombudet kan nås på e-post: [personvernombud@uio.no](mailto:personvernombud@uio.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Masterstudent

Line Schjønnesen

# Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet:

Hvordan kan du som fastlege yte helsehjelp til en pasient med selvmordsadferd?



Jeg samtykker til å delta i semistrukturert intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet 01.06.2022

.....

(signert av prosjektdeltager, dato)

## Vedlegg 2

### Intervjuguide

Dette studiet er et kvalitativ studie. Mastergradsstudenten Line Schjønnesen skal gjennomføre 10-12 semistrukturerte intervjuer av fastleger.

Intervjuguiden inneholder temaer som er overordnede med ferdig skrevne spørsmål og oppfølgingsspørsmål. Intervjuobjektene står fritt til å utdype svarene, eller ta opp temaer og problemstillinger som ikke er en del av intervjuguiden.

#### 1. Introduksjonsspørsmål

- alder?
- hvilken utdanning har du? (evt.spesialisering)
- Hvor mange år med erfaring som fastlege?

#### 2. Pasientgruppe

- Ca hvor mange pasienter har du?
- Sånn ca. hvor stor andel av pasientene har psykiske lidelser?
- Hvor mange av pasientene dine har selvmordsadferd?
- har du pasienter med stadig tilbakevendende selvmordsadferd (kronisk)?
- Har noen av disse pasientene somatiske lidelser som er knyttet opp mot selvmordsadferden?

#### 3. Fastlegens kunnskap om selvmordsforebygging

- Hva slags kunnskap har du om selvmordsforebyggende behandling?
- Er det kunnskap du har opparbeidet deg, eller er det kunnskap du har fått under utdanning, spesialisering?

-Hvilke tanker har du om medisinutdanningens fokus på selvmordsforebygging?

-Får dere tilbud om kurs, veiledning for denne pasientgruppa?

#### **4. Behandling og tiltak**

-Hva slags helsehjelp tilbyr du pasienter som sliter med selvmordstanker og selvmordsplaner?

-hvilke verktøy kjenner du til, og hvilke bruker du i behandlingen av disse pasientene?

-hvilke erfaring har du med å hjelpe denne pasientgruppa?

#### **5. Henvisninger**

-Hvilke behandlingstilbud i kommunen kjenner du til for pasienter med selvmordsadferd?

-og hvilke behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten kjenner du til?

-Føler du at du har god nok kunnskap til å vurdere suicidrisiko, og dokumentere det i henvisning?

-Som fastlege, får du god informasjon om ulike hjelpetiltak til denne pasientgruppa? Og evt fra hvor?

-Hvilke erfaringer har du med å henvise videre til kommunen eller spesialisthelsetjenesten?

#### **6. utfordringer knyttet til helsehjelpen og organiseringen av denne pasientgruppen**

-hvilke utfordringer opplever du knyttet til behandling og oppfølging av pasienter med selvmordsadferd?

-har du tanker eller refleksjoner om hvordan helsetjenestene for denne pasientgruppen er organisert?

## **7. Eventuelt**

-Er det noe jeg har glemt å spørre deg om, eller har du noe å tilføye?

## Vedlegg 3

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## Vurdering

### Referansenummer

365171

### Prosjekttittel

Foreløpig tittel: Hvordan kan du som fastlege yte helsehjelp til en pasient med selvmordsadferd?

### Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det medisinske fakultet / Institutt for helse og samfunn

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Helge Skirbekk, helge.skirbekk@medisin.uio.no, tlf: 22850678

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Line Schjønesen, line190174@gmail.com, tlf: 93435535

### Prosjektperiode

20.08.2021 - 30.06.2022

### Vurdering (2)

---

#### 01.04.2022 - Vurdert

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 01.04.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.2022.

#### 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 og 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 samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

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