



Institutt for helse- og omsorgsfag

En undersøkelse av selvmordsrisikoens synlighet

Magefølelser under selvmordsrisikovurderinger. Hvor kan de komme fra og har de noen verdi?

Masteroppgave i helsefaglig utviklingsarbeid (HEL-3961) Vår 2022

Miriann Jessica Knudsen

Sammendrag

Tema: Temaet for denne masteroppgaven er magesfølelser som behandlere i psykisk helsevern for voksne (PHV-v) kan erfare når de gjør selvmordsrisikovurderinger.

Bakgrunn: Selvmordsrisikovurderinger regnes som en av de vanskeligste og mest komplekse vurderingene som klinikere kan bli satt til å gjøre. Dagens verktøy for selvmordsrisikovurdering baserer seg på kvantitativ risikofaktorforskning. Internasjonal forskning viser at verktøyet har lav predikasjonsverdi (3%) og at klinikere i stor grad lener seg på magesfølelser. Internasjonale fagmiljø etterlyser derfor nye tilnærminger til hvordan forskning kan generere kunnskap for å forebygge selvmord.

Forskningsspørsmål: På hvilke måter kan vi forklare opphavet til magesfølelser som behandlere i psykisk helsevern for voksne (PHV-v) opplever å få når de gjør selvmordsrisikovurderinger, og hvilken verdi kan disse magesfølelsene ha for å identifisere mennesker som er selvmorsnære?

Metode: Studiet er kvalitativt og har brukt en visuell metode. Syv behandlere i psykisk helsevern for voksne (PHV-v) er intervjuet individuelt. Intervjuene har tatt utgangspunkt i bilder informantene har funnet på internett. Bildene har vært brukt som medium for å formidle erfaringer som ville vært vanskelig å formidle kun ved bruk av ord. Intervjuene ble deretter transkribert og analysert tematisk.

Diskusjon: Resultatet av analysen er diskutert med støtte i Tilmann Betsch definisjon av magesfølelser, Neissners modell av den perseptuelle syklus, to modeller for atferdsmønster forut for selvmord, støtteteori og relevant forskning. Diskusjonen vektlegger hvordan daglige pasientmøter kan føre til implisitt mønsterlæring, og hvordan perseptuelle prosesser kan påvirke opplevelsen av pasienten.

Konklusjon: Magesfølelser kan ha sitt opphav ubevisst mønstergjenkjenning og perseptuelle prosesser. Verdien av magesfølelser knyttes ikke til å identifisere pasienter som er selvmordsnære, men som en ledetråd i vurderingsprosessen.

Nøkkelord: Selvmordsrisikovurderinger, magesfølelser, intuisjon, visuell metode

Abstract

Theme: The theme for this master's thesis is gut feelings that therapists in mental health care for adults (PHV-v) can experience when they make suicide risk assessments.

Background: Suicide risk assessments are considered one of the most difficult and complex assessments that clinicians can be set to make. Today's tools for suicide risk assessment are based on quantitative risk factor research. International research shows that the tool has a low prediction value (3%) and clinicians largely rely on gut feelings. The international professional community is therefore calling for a new approach to how research generates knowledge to prevent suicide.

Research question: In what ways can we explain the origin of gut feelings that mental health care providers for adults (PHV-v) experience when they make suicide risk assessments, and what value can these gut feelings have for identifying people who are suicidal?

Method: The study is qualitative and has used a visual method. Seven therapists in mental health care for adults (PHV-v) were interviewed individually. The interviews are based on photos the informants have found on the internet. Images have been used as a medium to convey experiences that would be difficult to convey only through the use of words. The interviews were then transcribed and analyzed thematically.

Discussion: The results of the analysis are discussed with support in Tilmann Betsch's definition of gut feelings, Neissner's model of the perceptual cycle, two models of behavioral patterns prior to suicide, support theory and relevant research. The discussion emphasizes how daily patient meetings can lead to implicit pattern learning, and how perceptual processes can affect the patient's experience.

Conclusion: Stomach feelings can originate from unconscious pattern recognition and perceptual processes. The value of gut feelings is not linked to identifying patients who are suicidal, but as a guideline in the assessment process.

Keywords: Suicide risk assessments, gut feelings, intuition, visual method

Innholdsfortegnelse

Forord

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for oppgaven.....	2
1.1.1	Selvmondsforebygging har en relativt kort tradisjon.....	2
1.1.2	Regjeringen har lansert en nullvisjon for antall selvmord.....	3
1.1.3	Selvmondsrisikovurderinger har 3% predikasjonsverdi	4
1.1.4	Dagens forskning på selvmordsforebygging går i ring	4
1.1.5	Oppgavens relevans for praksis	5
1.2	Oppgavens formål.....	6
1.2.1	Presentasjon av forskningsspørsmål.....	6
1.2.2	Avgrensning og presisering	7
1.3	Sentrale begrepsavklaringer	7
1.3.1	Magefølelser	7
1.3.2	Selvmondsrisikovurderinger.....	8
1.3.3	Behandlere i psykisk helsevern for voksne (PHV-v).....	8
1.4	Oppbygning av oppgaven.....	9
2	Teori.....	10
2.1	Ulrich Neissners modell av den perseptuelle syklus.....	11
2.2	Erwin Ringels modell av det presuicidale syndrom	11
2.3	Walter Pöldingers modell av selvmordsprosessens siste faser.....	12
2.4	Validering av teori brukt i oppgaven	13

3	Forskning	14
3.1	Tidligere forskning på magefølelser	14
3.1.1	Formelle selvmordsrisikovurderinger	15
3.1.2	Uformelle selvmordsrisikovurderinger	16
3.1.3	Kritisk bemerkning til forskningens relevans	16
4	Metode	17
4.1	Visuell metode	19
4.1.1	Metodens svakheter og begrensninger	20
4.2	Design	20
4.2.1	Utforming av bildeoppgave til informantene	21
4.2.2	Utforming av intervjuguide	22
4.3	Rekruttering av informanter	22
4.3.1	Beskrivelse av informantene	23
4.3.2	Oppfølging av informantene	23
4.4	Særskilte etiske vurderinger i valg av metode og design	24
4.5	Formelle godkjenninger og databehandlingsplan	24
4.6	Studiets begrensninger og mulige biaser	25
5	Analyse	26
5.1	Presentasjon av analyseprosessen	26
5.1.1	Transkriberingsprosessen	27
5.1.2	Bli kjent fasen	28
5.1.3	Kodingen av datamaterialet	28
5.1.4	Organiseringen av ulike temaer	29
5.2	Etiske valg for framskrivning av resultatet	31
5.3	Juridiske forhold ved bruk av bilder i resultatet	31

6	Resultat	32
6.1	Vurderingsprosessen	32
6.1.1	Erfaring endrer fokuset under vurderingsprosessen.....	33
6.1.2	Betydningen av trygge rammer.....	34
6.1.3	Betydningen av å forstå lidelsesuttrykket.....	35
6.2	Kliniske observasjoner	37
6.2.1	Fortolkning av tegn og signaler	38
6.2.2	Kontekstens betydning	40
6.2.3	Å ta opp til hodet det man ser	42
6.2.4	Betydningen av visuelle inntrykk under vurderingsprosessen	44
6.2.5	Samstemthet.....	46
6.2.6	Troverdighet.....	47
6.2.7	Kontakt	48
6.2.8	Balanse.....	49
6.2.9	Grad av allianse.....	50
6.3	Bruken av egen kropp	51
6.3.1	Kroppslige fornemmelser var flere ting	52
6.3.2	Identifiserte sensitive temaer	53
6.3.3	Aktiverte en alarmberedskap når noe skurret	55
6.3.4	Ikke ha knuten i magen når pasienten forlot kontoret	56
6.4	Oppsummering av datamaterialet	59
7	Drøfting.....	60
7.1	Magefølelsenes manifestasjoner	60
7.1.1	Magefølelser som et møte mellom stimuli og hukommelse	61
7.1.2	Valgte innfallsvinkler til å diskutere opphavet	63
7.2	De daglige pasientmøtene med selvmordsnære.....	64

7.2.1	Implisitt mønsterlæring	64
7.2.2	Erfaringens mulige slagside.....	66
7.2.3	En ubevisst registrering av mønster?.....	68
7.3	Forsøket på å se innsiden av pasienten	68
7.3.1	Vissheten om at noen forsøker å skjule sine planer	68
7.3.2	Stimuli fra pasientens ytre	70
7.3.3	Ansiktspersepsjon	70
7.3.4	Fasadesmilet og The Duchenne Smile	72
7.3.5	Forholdet mellom stimuli og den psykologiske opplevelse	73
7.3.6	Betydningen av et trent fokus på kroppslige sensasjoner.....	74
7.3.7	En paradoksal kommunikasjon eller perseptuell dissonans?.....	76
7.4	Å være ansvarlig for å håndtere det uhåndterbare	76
7.4.1	Behovet for å føle at man selv kan stå inne for vurderingen	77
7.5	Konklusjon	79
8	Avslutning.....	81
	Referanseliste	83
	Oversikt over vedlegg.....	92
	Vedlegg 1: Bildeoppgave	93
	Vedlegg 2: Intervjuguide	99
	Vedlegg 3: Informasjonsskriv	102
	Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD.....	107
	Vedlegg 5: Oversikt over godkjenninger for bruk av bildene som er publisert i oppgaven ...	110

Oversikt over tabeller, figurer og bilder

Tabell

Tabell 1: Kodeprosess og datamengde per deltager.....	29
--	----

Figurer

Figur 1: Hovedtemaene fra analysen.	30
Figur 2: Datamengde per informant som inngår i hovedtemaene fra analysen.....	30
Figur 3: The Troxler-Effect © Creative Commons (Bautsch, 2018).....	67

Bilder

Bilde 1: Bilde av kvinne som holder hodet sitt med hånden. Credits: Wondervisuals (2022) Publisert med lisens fra © Gettyimages.....	36
Bilde 2: Bilde av en voksen person som holder en bamse. Foto: Müftüogullari (2020) © Creative Commons....	37
Bilde 3: Girl in Herne Hill Credits: Raphaël Neal (2019) Bildet publiseres i masteroppgaven med tillatelse fra fotografen ©Raphaël Neal.	39
Bilde 4: Kid walking alone Credits: Sasin Tipchai (2017) publisert med lisens fra © Depositphoto.....	41
Bilde 5: Person som ligger på sofaen. Credits: Pexels (2022d) © Creative Commons	43
Bilde 6 : En kvinne som sitter framoverlent og ser litt opp. Credits: Kristina Varaksina (2014) Bildet publiseres i masteroppgaven med tillatelse fra fotografen © Kristina Varaksina.	46
Bilde 7: Bilde av mann som smiler ved hjelp av klesklyper. Credits: Colorbox (2022) Publisert med lisens fra © Colorbox.....	47
Bilde 8: En person bak et vindu som er vanskelig å se. Credits: Pexels (2022c) © Creative Commons	48
Bilde 9: Bilde av en vekt. Credits: Pexels (2022a) © Creative Commons.....	49
Bilde 10: To kvinner på stranden Credits: Edvard Munch (1898), bildet er tatt av ©Munchmuseet for fri bruk50	
Bilde 11: Bilde av mann som lener seg fremover Credits: Unknown (2022) publisert på The Psych clinic © Creative Common	51
Bilde 12: Pike med perleøredobb av Johannes Vermeer Vermeer (ca. 1665)© Creative Commons.....	57
Bilde 13: Illustrasjonsbilde av the Thatcher effekt. Bildet er redigert av meg i dataprogrammet ProCreate, men opprinnelig bilde er fra Pexels (2022b)og underlagt ©Creative Commons	71

Forord

Listen over personer jeg ønsker å takke er lang. Jeg starter med å takke informantene som har delt av sine tanker, refleksjoner og opplevelser. Å miste en pasient i selvmord er en av de vondeste tingene man som behandler kan oppleve. Jeg er ydmyk over den tilliten dere har gitt meg under intervjuene.

Deretter vil jeg takke veilederen min, førsteamanuensis Rolf A. Markussen ved Institutt for helse- og omsorgsfag, for kyndig veiledning gjennom hele studiet. Uten din kunnskapsbakgrunn og din åpenhet for mitt ønske om å bruke en kreativ metode hadde jeg ikke kunnet gjennomføre dette studiet.

Jeg ønsker også å takke professor Laura Laurenz for hennes innspill til prosjektskissen, og The Photovoice community for to lærerike uker om visuell metode. Herunder vil jeg også takke øvrige lærere ved masterprogrammet, spesielt professor Bodil H. Blix for hennes innspill til masteroppgaven under de første masteroppgaveseminarene.

En stor takk til psykologspesialist Anders Lundersgaard ved RVTS Nord for at han stilte seg disponibel for å følge opp informantene ved behov.

Videre ønsker jeg å takke spesialrådgiver Svein Lindmark ved VIVAT-selvmordsforebygging for hans innspill intervjuguide, og enhetsleder ved Ambulant akutteam, Heidi Susann Emaus, for hjelp til rekruttering og innspill til analysen av datamaterialet.

Videre ønsker jeg å takke Grete Overvaag ved Universitetsbiblioteket for hjelp til å få oversikt over juridiske forhold ved bruk av bilder i masteroppgaven, og takke fotografene Kristina Varaksina og Raphaël Neal for at de har gitt meg tillatelse til å publisere bilder de har tatt.

Til slutt vil jeg takke moren min for all uvurderlig støtte hun har gitt meg under hele utdanningsforløpet. Uten deg hadde jeg ikke hatt mulighet til å ta denne masteren.

Miriann Jessica Knudsen

Mai 2022

1 Innledning

I 2018 ble jeg ansatt som sykepleier ved en psykisk helse- og rusklinikk. Jeg fikk tilbud om å gjennomføre kurset *Førstehjelp ved selvmordsfare* i regi av VIVAT- selvmordsforebygging. Kurset gikk over to arbeidsdager og ga oss en grunnleggende innføring i risikofaktorer for selvmord og mulige kjennetegn på selvmordstanker. Etter kurset kjente jeg på at noe manglet for å dekke det behovet jeg hadde i arbeidshverdagen.

Kurset tok utgangspunkt i dagligdagse situasjoner og hvordan man som medmenneske kunne hjelpe. I arbeidshverdagen møtte jeg mennesker hvor selvmordstanker og selvmordsfaren ofte var godt kjent, og helsetjenesten løpende skulle vurdere *grad* av selvmordsfare. De ulike gradene av selvmordsfare skulle videre legge føringer for hvilke tiltak klinikken skulle iverksette.

Parallelt med at politiske styringsdokumenter stilte økende krav til spesialisthelsetjenesten i det selvmordsforebyggende arbeidet, opplevde jeg selvmord i nær omgangskrets. Fortvilelse over egen tilkortkommenhet gikk først over til et sinne, før det munnet ut i en nysgjerrighet og higen etter å få mer kunnskap om selvmordsrisikoens synlighet. Denne nysgjerrigheten resulterte i denne masteroppgaven.

I dette kapitlet gjør jeg rede for bakgrunnen for oppgaven, dens relevans for praksis og oppgavens formål. Under oppgavens formål presenterer jeg forskningsspørsmål, avgrensninger og presiseringer. Jeg avslutter kapitlet med en begrepsavklaring og en redegjørelse for oppgavens videre oppbygning.

1.1 Bakgrunn for oppgaven

I 2018 gjennomførte 266 pasienter selvmord i psykisk helsevern for voksne (PHV-v). Walby et al. (2021) viser til at 55% av disse pasientene hadde en sykehistorie på over 5 år, og at medikamentforbruket til disse pasientene kan indikere at de har hatt et høyt symptomtrykk. Videre viste kartleggingen at de fleste pasientene var vurdert til å ha lav selvmordsrisiko på både kort og lang sikt.

To tredjedeler av pasientene hadde gjennomført selvmordet innen 30 døgn etter deres siste kontakt med psykisk helsevern, og median antall dager mellom siste kontakt og selvmordet var 11 døgn. Denne kunnskapen omtaler Walby et al. (2021) som det tidsrommet hvor vi trenger å forbedre det selvmordsforebyggende arbeidet i psykisk helsevern for voksne (PHV-v).

1.1.1 Selvmordsforebygging har en relativt kort tradisjon

Selvmordsforebygging generelt har en relativt kort tradisjon. Dette kan nok forklares ved at selvmord var møtt med fordømmelse og straff helt fra den gresk-romerske tiden frem til slutten av middelalderen. Etter middelalderen ble selvmord gradvis mindre fordømt og heller forklart som handlinger utført i en eller annen form for *avvikende sinnstilstand* (Retterstøl, 1998).

Før 1902 var det straffbart å gjennomføre selvmord i Norge. Først etter lovendringen i 1902, hvor loven ble modifisert til at det bare var straffbart å medvirke til selvmord, vokste det frem et ønske om å forebygge, forklare og forutsi selvmord (Retterstøl, Ekeberg & Mehlum, 2002).

Det første dokumenterte tiltaket i verden for å forebygge selvmord, var opprettelsen av en hjelpetelefon i New York i 1895. Hit kunne mennesker som var selvmordsnære ringe for å få støtte og hjelp.

På 1900-tallet begynte arbeidet med selvmordsforebyggende tiltak for mennesker i Wien som var *livstrette*. Dette resulterte i grunnleggelsen av et *etisk samfunn* i 1927 og senere et hjelpesenter for *de livstrette*. Her hjalp 60 frivillige til for å forebygge at selvmordshandlinger ble gjennomført. Flere liknende senter for å hjelpe *de livstrette* vokste frem i Sentral-Europa, men de ble alle nedlagt under andre verdenskrig. Årsaken var at under nazitiden ble selvmord sett på som en del av renselsesprosessen hvor de mindreverdige utslettet seg selv.

Først 10 år etter andre verdenskrig ble et nytt senter for *de livstrette* opprettet. Også dette i Wien. Siden har Wien vært i spissen for det selvmordsforebyggende arbeidet gjennom hele 1900-tallet (Retterstøl, 1997).

1.1.2 Regjeringen har lansert en nullvisjon for antall selvmord

I 2020 fikk Norge en ny handlingsplan for forebygging av selvmord (Departementene, 2020-2025). I handlingsplanen lanserte regjeringen en nullvisjon for antall selvmord i Norge. Denne nullvisjonen skal også være overordnet mål innen psykisk helsevern for voksne (PHV-v).

Regjeringens nye handlingsplan (Departementene, 2020-2025) ble iverksatt ett år etter at Norge fikk resultatet av den første nasjonale registerstudien over antall selvmord blant pasienter i psykisk helsevern og rusbehandling (Walby, Myhre & Kildahl, 2018). Denne kartleggingen viste at halvparten av alle selvmord som ble gjennomført i Norge i tidsrommet 2009-2015, var gjennomført av pasienter i tilknytning til disse tjenestene. For tidsrommet 2009-2018 hadde 5582 pasienter gjennomført selvmord (Walby et al., 2021)

Handlingsplanen (Departementene, 2020-2025) vektlegger at psykisk helsevern må bruke kunnskapsbaserte intervensjoner for å strekke seg etter den overordnede nullvisjonen. For å sikre dette viser handlingsplanen til viktigheten av å bruke de nasjonale retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet, 2008) .

Retningslinjene vektlegger at selvmordsrisikovurderinger er det viktigste og mest effektive selvmordsforebyggende tiltaket man kan gjøre i psykisk helsevern. Det vil si at man gjør vurderinger av risikoen for at «*at et menneske vil ta livet sitt i en gitt tidsperiode i en gitt situasjon*» (s. 14). Vurderingen av denne risikoen skal gjøres som en formell selvmordsrisikovurdering.

Retningslinjen (Sosial- og helsedirektoratet, 2008) skiller mellom kartlegging av selvmordsfare og vurdering av selvmordsrisiko. Med kartlegging viser retningslinjene til at behandler stiller spørsmål til alle sine pasienter om de har selvmordstanker og eller selvmordsplaner. Dersom pasienter svarer bekreftende på de har selvmordstanker eller selvmordsplaner, anbefales det det foretas en *grundig og systematisk vurdering av selvmordsrisiko* (s. 18). Denne vurderingen kalles en formell selvmordsrisikovurdering, og blir i praksis omtalt som «dagens verktøy for selvmordsrisikovurdering»

1.1.3 Selvmordsrisikovurderinger har 3% predikasjonsverdi

Den formelle selvmordsrisikovurderingen har sitt kunnskapsgrunnlag i det Hjelmeland (2022) beskriver som et risikofaktorperspektiv. Dette perspektivet medfører at vurderingen skal ta utgangspunkt i statistiske risikofaktorer. Eksempler på slike risikofaktorer er tilstedeværelsen av en psykisk lidelse, rusmiddelavhengighet/rusmiddelmissbruk, selvmord i familien, manglende nettverk, tap av selvaktelse, æreskrenkelse, brudd i relasjoner (inkludert utskrivelser fra sykehus) og tidligere selvmordsforsøk.

I tillegg til de statistiske risikofaktorene skal behandlere gjennomføre et klinisk intervju. I dette intervjuet skal behandlerne innhente informasjon om hvor konkret eventuelle selvmordsplaner er, hvor på trengende disse er og om pasienten har et uttalt dødsønske eller ikke.

På bakgrunn av dette skal behandlerne vurdere risikoen for at pasienten kan gjennomføre selvmord på kort eller lang sikt. Ved endringer i pasientens helsetilstand, livssituasjon eller behandlingssituasjon anbefales det å gjenta vurderingen (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 18).

Imidlertid er dagens fremgangsmåte for å vurdere selvmordsfare kritisert av fagpersoner, og blir i offentlige tidsskrifter beskrevet som et tiltak som utelukkende gjennomføres for at tjenesten skal «holde ryggen fri» (Fredriksen, 2019; Østlie, 2020). Kritikken i offentlige tidsskrifter viser også til at selv om selvmordsrisikovurderingen oppfyller forsvarlighetskravet, betyr det ikke at vurderingene fanger opp de pasientene som er i selvmordsfare (Emblemsvåg & Emblemsvåg, 2014; Fredriksen, 2019; Granlund, 2014; Østlie, 2020)

Kritikken av selvmordsrisikovurderinger støttes av internasjonal forskning. I en internasjonal metasyntese av Large et al. (2017) fremgår det at dagens risikofaktorbaserte verktøy for selvmordsrisikovurdering bare har 3% predikasjonsverdi.

1.1.4 Dagens forskning på selvmordsforebygging går i ring

Lester (1992) gikk gjennom all engelskspråklig forskning om selvmord som hadde blitt publisert frem til 1990-tallet. I gjennomgangen viser han til to hovedtilnærminger for å forklare og forutsi selvmord. Den ene tilnærmingen tar utgangspunkt i forhold utenfor individet, mens den andre tilnærmingen tar utgangspunkt i forhold i selve individet.

Tilnærmingen som tar utgangspunkt i forhold utenfor individet er hovedsakelig sosiologiske tilnærminger. Lester (1992) viser til Emile Durkheims undersøkelse av sosiale årsaker til selvmord som den mest omfattende. Emile Durkheim (Durkheim, 1897) undersøkte ytre faktorer i miljøet rundt personer, mens hovedtyngden av forskningen ligger etter svar i forhold ved individet selv.

Lester (1992) viser til at forsøkene på å lete etter selvmord i selve individet hadde generert omfattende forskning på tilstedeværelsen og virkningen av ulike substanser i sentralnervesystemet, urin, plasma og cerebrospinalvæske. Disse studiene kunne være eksperimentelle og pasienter kunne få injisert ulike stoffer for at forskerne skulle kunne måle hvordan de distribuerte og eliminerte stoffene fra kroppen. I andre tilfeller kunne studiene ta utgangspunkt i funn fra obduksjoner etter pasienter hadde gjennomført selvmord.

Gjennomgangen til Lester (1992) viste at utover 1900-tallet økte forskernes interesse for å finne svar på hvordan man kunne forutsi et selvmord. Forskere begynte å måle pasienters hjerterytme, tarmaktivitet, hormoner og biorytmer på leting etter mulige parameter som kunne alarmere om selvmordsfare. De undersøkte også gjennomførte selvmord opp mot tatoveringer, øyenfarger, sosiale forhold, psykiske avvik, værmeldinger og værforhold. Forskerne lyktes ikke med å finne en korrelasjon eller en parameter for å forutsi selvmord.

Hjelmeland (2022) beskriver at dagens forskning på selvmordsforebygging går i ring. Hun forklarer dette ved at dagens risikofaktorperspektiv består av kvantitativ forskning som finner de samme risikofaktorene. På bakgrunn av dette etterlyser hun mer kvalitativ forskning for å komme et steg videre i det selvmordsforebyggende arbeidet.

1.1.5 Oppgavens relevans for praksis

Studier som har undersøkt hvordan behandlere gjennomfører selvmordsrisikovurderinger viser at mange behandlere lener seg på egen magefølelse (Aflague & Ferszt, 2010; Hagen, Knizek & Hjelmeland, 2017; Jansson & Graneheim, 2018; Runeson et al., 2017; Rytterström et al., 2019; Schreiber & Culpepper, 2022; Vråle, 2014; Wheeler & Mitchell, 2020).

I Hagen, Knizek & Hjelmeland (2017) beskrives magefølelser som et fenomen som har vært med på å berge flere pasientliv. Tre av informantene i dette studiet forteller om fornemmelser som har medført at de har oppsøkt pasienter som var i ferd med å avslutte livet.

Av studiene som har undersøkt magefølelser og selvmordsfare, fremkommer det at fornemmelsene ikke lar seg artikulere, forklare opphavet til eller formidle videre. Flere tematiserer at bruk av magefølelser snakkes lite om, fordi magefølelser ikke er forenelig med kunnskapsbasert praksis (Aflague & Ferszt, 2010; Hagen, Knizek & Hjelmeland, 2017; Jansson & Graneheim, 2018; Runeson et al., 2017; Rytterström et al., 2019; Schreiber & Culpepper, 2022; Vråle, 2014; Wheeler & Mitchell, 2020).

1.2 Oppgavens formål

I Crisis: The journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention etterlyser Carter & Spittal (2018) nye tilnærminger til hvordan vi forsøker å tilegne oss kunnskap om hvordan vi kan forebygge selvmord. Dette er i tråd med Hjelmeland (2022) ønske om en dreining fra kvantitativ risikofaktorforskning til kvalitativ forskning.

Jeg har ikke klart å finne noe forskning som har undersøkt opphavet til magefølelser som oppstår i tilknytning til selvmordsrisikovurderinger. Det betyr at vi ikke vet hva som kan være årsaken til at noen opplever å få magefølelser som kan berge pasientliv. Vråle (2010) viser til at magefølelser et kjent fenomen i arbeidet med pasienter som er i selvmordsfare. Jeg tenker derfor at å få kunnskap om opphavet til disse magefølelsene vil være et viktig steg videre i det forebyggende arbeidet.

Denne oppgaven er derfor et forsøk på en ny tilnærming til hvordan vi forsøker å tilegne oss kunnskap om hvordan vi kan forebygge selvmord. Med bruk av en visuell metode har jeg intervjuet 7 behandlere i psykisk helsevern for voksne om deres erfaringer med magefølelser i tilknytning til selvmordsrisikovurderinger.

1.2.1 Presentasjon av forskningsspørsmål

På hvilke måter kan vi forklare opphavet til magefølelser som behandlere i psykisk helsevern for voksne (PHV-v) opplever å få når de gjør selvmordsrisikovurderinger, og hvilken verdi kan disse magefølelsene ha for å identifisere mennesker som er selvmorsnære?

Hensikten har vært å undersøke selvmordsrisikoens synlighet med et mål om få kunnskap om hva som kunne være det mulige opphavet til magefølelser i tilknytning til selvmordsrisikovurderinger.

1.2.2 Avgrensning og presisering

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til psykisk helsevern for voksne. Bakgrunnen for at jeg ikke har inkludert tverrfaglig spesialisert rusbehandling er at denne delen av helsetjenesten ikke er underlagt lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven, 1999a). Selv om selvmordsrisikovurderinger vurderes likt i begge deler av tjenesten, er de nasjonale retningslinjene for selvmordsrisikovurderinger (Sosial- og helsedirektoratet, 2008) skrevet for psykisk helsevern. De juridiske forholdene er også årsaken til at jeg har avgrenset studiet til tjenester for voksne. For personer under 18 år vil helsepersonell ha andre juridiske rammer enn i arbeidet med pasienter som er myndige. Jeg har derfor ikke inkludert denne gruppen i dette studiet.

1.3 Sentrale begrepsavklaringer

1.3.1 Magefølelser

I denne masteroppgaven vil begrepene magefølelse og intuisjon brukes som synonymer. Jeg har valgt å legge Prof. Dr. Tilmann Betsch (1963-) definisjon av magefølelser til grunn for studiet. Bakgrunnen for dette er at Betsch er en tysk sosialpsykolog som forsker på vurderings- og beslutningsprosesser. En av hans forskningsinteresser er samspillet mellom ulike kunnskaps- former i disse prosessene og hvordan analytiske og intuitive prosesser virker sammen.

Betsch (2008) har tatt utgangspunkt i de dominerende teoretiske tilnærmingene til forskning på intuisjon laget en definisjon på intuitive prosesser. *«Intuisjon en tankeprosess som i hovedsak er basert på kunnskap vi har lagret i langtidshukommelsen»* (s. 4) Denne kunnskapen er noe som vi har vi tilegnet oss gjennom assosiasjonslæring. Med assosiasjonslæring menes læringsprosessen hvor en person lærer å assosiere to eller flere objekter/ hendelser med hverandre (Howes, 2007, s. 293-294; Svartdal, 2002).

I følge Betsch (2008, s. 4) vil det som igangsetter denne intuitive tankeprosessen («*input*») bli bearbeidet av kunnskapen vi har ervervet oss gjennom assosiasjon. Dette vil skje automatisk og ubevisst. Resultatet av denne bearbeidelsesprosessen («*output*») vil være en følelse. Det er denne følelsen vi i hverdagen omtaler som magesfølelse eller intuisjon. Videre viser Betsch (2008) til at denne følelsen kan tjene som en basis for vurderings- og beslutningstaking.

1.3.2 Selvmordsrisikovurderinger

Den formelle vurdering av selvmordsrisiko som kun kan gjennomføres av kvalifisert helsepersonell (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Vurderingen skal ta utgangspunkt i de nasjonale retningslinjene, og ta stilling til *risikoen for at et menneske vil ta livet sitt i en gitt tidsperiode i en gitt situasjon (s. 14)*. Utfallet av vurderingen skal gi føringer for videre tiltak, herunder også vurdering av behovet for tvangstiltak Jf. lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven, 1999b).

1.3.3 Behandlere i psykisk helsevern for voksne (PHV-v)

Ettersom selvmordsrisikovurderinger er en formell vurdering som kun kan gjennomføres av lege, psykolog eller annet helsepersonell med opplæring i selvmordsrisikovurderinger (Sosial- og helsedirektoratet, 2008), vil behandlere i denne oppgaven referere til klinikere som har formell kompetanse til å utføre disse vurderingene. Det er ikke knyttet til arbeidssted. Psykisk helsevern for voksne viser til tjenester i spesialisthelsetjenesten som er underlagt psykisk helsevernloven (Psykisk helsevernloven, 1999b) og yter tjenester til personer over 18 år.

1.4 Oppbygning av oppgaven

I kapittel 2 presenterer jeg et teoretisk rammeverk for å forklare hva jeg i denne oppgaven legger i formuleringen *en undersøkelse av selvmordsrisikoens synlighet*. Jeg gjør rede for to kjente modeller for selvmordsatferd og en modell for hvordan og hva vi som mennesker kan oppfatte av våre omgivelser.

I kapittel 3 presenterer jeg tidligere forskning og søkestrategi.

I kapittel 4 presenterer jeg oppgavens vitenskapsteoretiske forankring og hvilke implikasjoner dette har for studiets forståelse av selvmordsrisikovurderinger. Deretter presenterer jeg og begrunner mitt valg av metode og design. Herunder forskningsetiske vurderinger og formelle godkjenninger.

I kapittel 5 presenterer jeg og begrunner mitt valg av fremgangsmåte for å analysere datamaterialet. Jeg avslutter kapitlet med en redegjørelse for de etiske valgene jeg har gjort under framskrivningen av resultatet etter den empiriske analysen.

I kapittel 6 presenterer jeg resultatet av min empiriske analyse av datamaterialet. Jeg avslutter kapitlet med en kort sammenfatning av datamaterialet

I kapittel 7 drøfter jeg resultatet av analysen med støtte i teori og forskning, og avslutter med en konklusjon.

I kapittel 8 avslutter jeg oppgaven med mine tanker om hva oppgaven kan bidra med i arbeidet med å utvikle bedre tilnærminger til å vurdere selvmordsfare.

2 Teori

Formålet med dette studiet er å undersøke selvmordsrisikoens synlighet for å lete etter mulige måter vi kan forstå opphavet til behandlernes magesfølelser. En undersøkelse av synlighet forutsetter en teoretisk referanseramme som både kan si noe om hva som muliggjør at noe blir synlig for oss og hva som er tenkt å skulle bli gjort synlig. Ettersom dette studiet undersøker synligheten av en selvmordsrisiko har jeg valgt å bygge opp studiets teoretiske referanseramme basert på tre modeller. Jeg tenker at disse tre modellene samlet gir et godt teoretisk grunnlag for oppgaven.

En av modellene jeg har valgt er Ulrich Neissners modell av den perseptuelle syklus. Dette er en nevropsykologisk tilnærming til synsbearbeiding som en aktiv prosess styrt av vår oppmerksomhet. Jeg valgte denne modellen fordi selvmordsrisikovurderinger er situasjoner hvor behandlere i psykisk helsevern aktivt ser etter, og fortolker, tegn og signaler fra pasienter.

De to andre modellene jeg har valgt er Ervin Ringels modell av det presuicidale syndrom og Walter Pödingers modell av selvmordsprosessens siste faser. Begge modellene er psykologiske tilnærminger til atferd, følelser og reaksjoner som oppstår i et menneske når de beveger seg fra å ha selvmordstanker til at de gjennomfører et selvmord. Bevegelsen fra selvmordstanker til selvmord heter selvmordsprosessen. Denne prosessen skjer i et dynamisk samspill med personens omgivelser. Utviklingen i denne tidsperioden består av en tilbøyelighet og økende tendens mot å ta sitt eget liv og de manifestasjoner som oppstår i denne prosessen. (Retterstøl, 1995a). Ettersom forskning viser at median antall dager fra pasientenes siste kontakt med psykisk helsevern og selvmordet er 11 døgn, tenker jeg at disse modellene vil kunne tjene som en teoretisk referanseramme for hva som er tenkt mulig å kunne synliggjøre.

Jeg blir først å presentere modellen til Ulrich Neissners modell, deretter Ervin Ringel og til slutt Walter Pödingen.

2.1 Ulrich Neissners modell av den perseptuelle syklus

Persepsjon defineres som oppfattelsen av omverden, og av oss selv, ved hjelp av sansene (Teigen, 2002, s. 68). Denne prosessen er automatisk, ubevisst og hurtig, og påvirkes av forhold som forståelsesstrukturer, tidligere ervervet kunnskap, forventninger og antagelser om verden og hva vi kan komme til å se. Persepsjon er derfor både aktiv og konstruert (Martin, Carlson & Buskist, 2010b; Teigen, 2002).

Ulrich Neissner (1976, gjengitt i Teigen, 2002, s. 76) beskriver persepsjonsprosessen som styrt av en perseptuell aktivitet (utforskning) av noe i våre omgivelser eller i oss selv. Hva vi fanger opp av stimuli er i sin tur styrt av den perseptuelle aktiviteten (formålet med utforskningen) og av våre tidligere skjemaer og antagelser. I møtet mellom stimuli og skjema kan vi enten modifisere våre antakelser eller bekrefte dem. Denne perseptuelle syklusen består av personens møte med et stimuli som bearbeides av ulike typer kunnskap og gir en person en direkte opplevelse av sine omgivelser.

2.2 Erwin Ringels modell av det presuicidale syndrom

Erwin Ringel (1976) beskrev at forut for et selvmord skjer det situasjonsbestemte og dynamiske innsnevringene i personenes liv. Dette kalte han det presuicidale syndrom.

De situasjonsbestemte innsnevringene (situational constricts) var karakterisert av livshendelser som fikk betydning for egen livsutfoldelse. For eksempel at man fikk en alvorlig sykdom, hadde tatt valg i livet som fikk alvorlige konsekvenser for ens egne framtidsutsikter og/eller en subjektiv opplevelse og tanke om å være i en livssituasjon man ikke kommer seg ut av.

De dynamiske innsnevringene (dynamic constrictions) viser til tilbøyeligheten til at personligheten utvikler seg én retning mens alle andre perspektiver fryser (frozen perspectives). Deretter oppstår en følelse av tvangsmessig trang som leder til det endelige selvmordet (Ringel, 1976).

Ringel (1976) beskriver at det presuicidale syndrom kan ses i personens ytre væremåte. Det ene er en nedsatt variasjon i responser som skyldes at personen har fått en ensidig måte å se og fortolke verden i negativ retning. Dette gir en rigid måte å bearbeide informasjon som igjen gir et fastlåst atferdsmønster. Man kan se dette komme til uttrykk gjennom et fravær av nyanserte følelser. Én følelse blir dominant og personen kan etterhvert ikke skille seg selv fra den dominerende følelsen. Evnen til å sette ting i perspektiv forsvinner og personen vil kunne oppleve at tiden står stille og at følelsen i øyeblikket er hvordan ting vil føles i all evighet. Resultatet er at det oppstår en manglende koherens i måten personen oppfatter omgivelsene og leder til at personen kan avskrive kontakt med andre mennesker.

I denne prosessen vil også verdier og synet på livets aspekter gradvis endre seg. Endringene kan være påfallende ulik personens tidligere og allmenne oppfatningen av livet. For personen selv kan dette gi en økende opplevelse av isolasjon samtidig som den gradvise oppløsning av verdier kan gi en følelse av redusert selvverdi.

Mot slutten av selvmordsprosessen kan aggresjon og skyldfølelse rettes innover. Personen kan bli overveldet av impulser til å ta sitt liv. På grunn av oppløsningen av verdier vil kreftene til å leve (instinct of selv-preservation) på dette tidspunktet være blitt for svakt til å stå imot impulsene, og rett forut for selvmordet kan det oppstå en allmenn stillhet (omnious quiet). Retterstøl (1995a) beskriver de siste stadiene samlet som måten en personen i tiden forut for selvmord kan melde seg ut av livet, virkeligheten og omgivelsene (Retterstøl, 1995a).

2.3 Walter Pöldingers modell av selvmordsprosessens siste faser

Walter Pöldinger (1968) gjengitt i Retterstøl (1995a) delte selvmordsprosessen inn i tre faser i sin modell. Første fase var et *overveiellesstadium* hvor personen overveier selvmord som en alternativ måte å løse sine problemer.

Neste fase er et *ambivalensstadium* hvor personen dras mellom å ta sitt eget liv og ikke ta sitt liv. I denne fasen kan personen ønske å leve dersom livet var annerledes og det foregår en kamp mellom selvdestruktive og selvopprettende krefter. Personen kan i denne fasen gi uttrykk for å ha et ønske om å ta sitt liv. Årsaken kan både være et ønske om hjelp og et behov for å ventilere prosessen inni seg.

Den siste fase er *avgjørelsesstadiet* hvor personen enten har bestemt seg for å leve eller dø. I dette stadiet kan personen fremstå påfallende rolig og omgivelsene kan merke at personen begynne å gjøre opp for seg. Dette kan være i form av å gi bort eiendeler, økonomiske transaksjoner og liknende handlinger før der avslutter livet.

2.4 Validering av teori brukt i oppgaven

Alle teoretiske ressurser jeg har brukt i denne masteroppgaven forutsetter jeg at universitetet har validert da de har vært brukt i undervisning ved universitetet. Sekundærkilder er brukt der originalkilden ikke var tilgjengelig på engelsk eller et skandinavisk språk.

3 Forskning

Betsch (2008) viser til at intuisjon og magefølelser har ulik betydning på tvers av fagfelt, og også innenfor samme fagfelt. Et innledende søk i oria.no ga 805 878 treff på søkeordene «intuition» OR «gut feeling». Når jeg tilførte AND «suicide assessment» fikk jeg 16 treff hvor ett var relevant for oppgaven. Jeg valgte derfor å tilnærme meg forskningsfeltet ved å ta utgangspunkt i referanselisten til ene artikkelen og lete etter relevant forskning via den. Deretter søkte jeg på artikler jeg fant i referanselisten og bygde opp en søkeordsbase som jeg brukte i databasene oria.no, APA psych Iinfo, SveMED+ og google scholar. Søkeordene jeg brukte var «intuition» OR «gut feeling» OR «hutch» AND «suicide assesement» OR «suicidal*» OR «suicide» AND «health professional» OR «psycholog*» OR psychiatr* OR «nurse» OR «mental health» i databasene Oria.no, APA psych info, SveMED+. Det var I google Scholar jeg fant de fleste artiklene. Jeg brukte referanselistene i artikler jeg fant under søk med disse søkeordene til å finne nye. Til sammen fant jeg seks forskningsartikler som undersøkte helsepersonells erfaringer med å gjøre selvmordsrisikovurderinger. Da jeg gikk gjennom datamaterialet i artiklene fant jeg relevant empiri om magefølelser i tilknytning til vurderingsprosessen. Disse presenterer jeg under.

3.1 Tidligere forskning på magefølelser

Først presenterer jeg tre kvalitative studier som har undersøkt helsepersonells erfaringer med å gjøre selvmordsrisikovurderinger(Aflague & Ferszt, 2010; Dubue & Hanson, 2020; Jansson &

Graneheim, 2018). Alle tre studiene viser til at intuisjon er sentralt i vurderingsprosessen. Jeg har valgt å presentere dem som studier på formelle selvmordsrisikovurderinger.

Deretter presenterer jeg tre studier har undersøkt helsepersonells erfaringer med å jobbe med selvmordstruede pasienter (Hagen, Knizek & Hjelmeland, 2017; Rytterström et al., 2019; Vråle, 2014). Studien viser at intuisjon har stor betydning i praksis. Ettersom at disse studiene ikke handler om å gjøre selvmordsrisikovurderinger, men miljøpersonalets erfaringer med å identifisere selvmordstruede pasienter i det daglige sengepostmiljøet og dagavdelinger, har jeg valgt å presentere dem som forskning på uformelle selvmordsrisikovurderinger.

3.1.1 Formelle selvmordsrisikovurderinger

Tre kvalitative studier som har undersøkt helsepersonells erfaringer med å gjøre selvmordsrisikovurderinger viser til at intuisjon er sentralt i vurderingene (Aflague & Ferszt, 2010; Dubue & Hanson, 2020; Jansson & Graneheim, 2018).

Dubue & Hanson (2020) intervjuet fem psykologer hvor de fleste viste til at magefølelser var tilstede i vurderingene og var spesielt tungtveiende for å vurdere grad av risiko. Dersom den standardiserte vurderingen viste lav risiko, men de hadde en magefølelse som tilsa høy risiko, ville magefølelsen veie tyngre enn den standardiserte vurderingen.

Også Jansson & Graneheim (2018) fant at intuisjon hadde en sterk og sentral rolle i tilknytning til selvmordsrisikovurderinger. De intervjuet 12 sykepleiere om deres erfaringer med å gjøre selvmordsrisikovurderinger. Sykepleierne viste til at de var avhengig av egen intuisjon og tidligere erfaringer for å gjøre gode vurderinger. Samtidig viste de til at intuisjon ikke lot seg dele fordi den var subjektiv og det var delte meninger om hvor mye man skulle stole på den. Intuisjon ble likevel beskrevet som en ressurs i vurderingen.

Aflague & Ferszt (2010) viser også til at intuisjon er sentralt i vurderingene av selvmordsrisiko, men bruken av intuisjon varierer. Over 10 måneder observerte og intervjuet de 12 psykiatriske sykepleiere. Av sykepleierne ble intuisjonen beskrevet som å vite at noe ikke var riktig, men at de samtidig ikke var i stand til å sette ord på hva som ikke kjentes riktig. De to sykepleierne med lengst klinisk erfaring viste til at de bare la sin egen intuisjon til grunn for vurderinger.

3.1.2 Uformelle selvmordsrisikovurderinger

Hagen, Knizek & Hjelmeland (2017) intervjuet 8 psykiatriske sykepleierne. 3 av sykepleierne fortalte i intervjuene at egne magefølelsene hadde berget pasientliv. Dette ved at de hadde fått en magefølelse på at en pasient var til fare for seg selv og fått hindret pasienten fra å ta sitt eget liv. Generelt fortalte sykepleierne i dette studiet at de stolte mye på sin tause kunnskap og intuisjon, men erkjente at de kunne ta feil.

Rytterström et al. (2019) intervjuet 7 sykepleiere. Også sykepleierne i dette studiet beskrev at de kunne få magefølelser på at noe ikke stemte. Noen av sykepleierne viste til slike magefølelser kunne komme samtidig som en pasient viste en spontan bedring. De kunne ikke helt si hvorfor de fikk følelsen, men det var *et noe*. De beskrev at disse fornemmelsene kunne være uartikulerte og først gi mening for dem etter en pasient hadde tatt sitt eget liv.

Vråle (2014) intervjuet fire helsearbeidere i psykisk helsevern. Helsearbeiderne viste til at de hadde kjent på kroppslig uro forut for et pasientselv mord, men at de hadde opplevd at det var vanskelig å språksette denne uroen. En av helsearbeiderne beskrev dette med at hun ikke hadde ord og språk for å formidle sine tanker, og at hun ikke kunne overprøve en lege med å si at «jeg har på følelsen at noe blir å skje». Videre viste helsearbeiderne til at den manglende evnen til å verbalisere det de kjente på, medførte at de satt igjen med uartikulerte observasjoner som forble tause mens pasienten var i livet. Vråle viser derfor til at dersom man fikk mer kunnskap for å artikulere slike observasjoner mens pasienter fortsatt er i livet vil de kunne få stor betydning for praksis.

3.1.3 Kritisk bemerkning til forskningens relevans

Ingen av studiene definerer magefølelser eller formidler hva informantene legger i ordet. Jeg kan derfor ikke ta stilling til om disse artiklene og denne oppgaven forstår magefølelser på samme måte. Jeg har likevel valgt å inkludere dem fordi intervjuinnholdet som er presentert i artiklene fremstår å formidle magefølelser som følelser uten ord. Dette er i tråd med Betsch (2008) definisjon av hvordan magefølelser kommer til uttrykk.

4 Metode

Betschs (2008) definisjon av magefølelser plasserer opphavet til magefølelser i det jeg tenker er friksjonsflaten mellom de tradisjonelle naturvitenskapelige forskningstradisjonene og de tradisjonelle fenomenologiske forskningstradisjonene. Jeg tenker dette fordi definisjonen stiller krav til at magefølelser må stamme fra bearbeidingen av et ytre stimuli. Bearbeiding av ytre stimuli kalles for persepsjonsprosesser og studeres oftest innenfor et naturvitenskapelig forskningsideal (Brødal, 2007b). Samtidig stiller definisjonen krav til at magefølelsene fremtrer som en opplevelse som har en psykologisk størrelse. Opplevelser av fenomener studeres ofte innenfor fenomenologiske tradisjoner (Thornquist, 2018)

Thornquist (2018) viser til at naturvitenskapelig forskning har en annen ontologi enn fenomenologien. Innenfor de naturvitenskapelige forskningstradisjoner forstås virkeligheten som uavhengig av den som erkjenner den. Høyer (2012) kaller dette for vitenskapstradisjoner med en *fast ontologi*.

Innenfor fenomenologien har man det Høyer (2012) kaller for en *flytende ontologi*. Zahavi (2003) beskriver dette som at virkeligheten ikke forstås som én objektiv sannhet, men som et kompleks av sammensatte aspekter som er avhengig av subjektet som virkeligheten fremtrer for. Innenfor fenomenologien er derfor ikke virkeligheten *der ute*, uavhengig av den menneskelige erkjennelse, den oppstår gjennom erkjennelsen.

Fenomenologien forståelsen av erkjennelsesprosesser står i samsvar med Betschs (2008) definisjon av magefølelsenes manifestasjon. Selv om et studie som undersøker magefølelsenes

manifestasjoner forutsetter en diskusjon med støtte i teori og forskning med fast ontologi, har jeg likevel av overnevnte grunner valgt å forankre dette studiet i fenomenologien.

Det at jeg har valgt å forankre studiet i fenomenologien får implikasjoner for hvordan jeg i studiet forstår selvmordsrisikovurderinger. Som Hjelmeland (2022) beskriver er selvmordsrisikovurderinger forsket frem med kvantitativ risikofaktorforskning. Denne forskningstradisjonen har en fast ontologi, og jeg forstår derfor vurderingskriteriene som forhold ved pasienten som behandlere er tenkt å kartlegge ut fra én sann virkelighet, uavhengig av behandlerens erkjennelse av den. Dette skiller seg fra hvordan vurderingen ser ut fra et fenomenologisk perspektiv.

Innenfor en fenomenologisk forståelsesramme av selvmordsrisikovurderinger, vil de forhold ved pasienten som behandleren skal vurdere, være ansett som fenomener. Zahavi (2003) beskriver disse fenomenene som *alltid et fenomen av noe, for noen* (s. 17). Disse fenomenene ville kunne se annerledes ut med andre forståelsesrammer.

Zahavi (2003) viser også til at vi også forholder oss til fenomener på forskjellige måter, både praktisk og teoretisk. Jeg forstår derfor vurdering av selvmordsfare som noe som kunne sett annerledes ut med andre forståelsesrammer. Imidlertid er det viktig å presisere at selv om jeg har valgt en fenomenologisk forankring betyr det ikke at jeg forfekter et individualistisk syn på selvmordsrisikovurderinger, men at jeg tenker at en undersøkelse av selvmordsrisikoens synlighet må forstås i sammenheng med forståelsesrammene til den som utfører vurderingen.

Zahavi (2003, s. 13-15) viser til at målet med en fenomenologisk undersøkelse ikke er å oppheve distinksjonen mellom fremtredelse og virkelighet, men å undersøke de bakenforliggende forståelsesstrukturene som muliggjør at omgivelsene fremtrer som de gjør for den enkelte. En undersøkelse av selvmordsrisikoens synlighet forutsetter derfor at man undersøker de forståelsesstrukturene som gjør selvmordsrisikoen synlig.

Innenfor fenomenologien vil disse forståelsesstrukturene skille seg fra den tradisjonelle naturvitenskapens mer passive forståelsene av synet. Gregory (1998, s. 2) viser til at synet må ses på som en aktiv og konstruktivistisk prosess, ikke som en direkte overføring av informasjon. Det er denne formen for aktive og konstruktivistiske prosessen av verden som forskere underlegger fenomenologiske studier (Zahavi, 2003, s. 13-15).

Zahavi (2003) viser til at en undersøkelse av de konstruktivistiske prosessene, må ta utgangspunkt i informantenes sanserfaringer. Ved å ta utgangspunkt i en persons sanserfaringer når man førstehåndsperspektivet. Førstehåndsperspektiver beskriver Zahavi som hvordan personen kjenner seg selv i verden gjennom sin forståelse av verden. Jeg har derfor valgt å anvende en visuell metode for å undersøke selvmordsrisikoens synlighet.

4.1 Visuell metode

The SAGE Handbook of Visual Research Methods (2011) beskriver visuell metode som en vitenskapelig metode hvor forskeren innhenter eller observerer visuelle manifestasjoner, for å analysere og teoretisere dem (Pauwels, 2011, s. 3, min oversettelse).

Metoden må ikke forstås utelukkende som en undersøkelse av visuelle manifestasjoner i seg selv, men det er også en metode som undersøker ulike forhold som muliggjør at en visuell manifestasjon fremtrer for et subjekt. Når visuell metode anvendes for å undersøker forhold som kan muliggjøre hvordan en manifestasjon fremtrer for et subjekt, blir de visuelle manifestasjonene ansett som et forskningsredskap (Emmison & Smith, 2000, s. 1-20). Dette kan gjøres på flere måter. En måte er at forskeren intervjuer informanter med utgangspunkt i bilder. Dette kalles photo-elicitation interviewing (PEI) (Lapenta, 2011).

The SAGE Handbook of Visual Research Methods (2011) viser til at bruk av visuelle manifestasjoner muliggjør samtaler omkring temaer som ellers ville være for komplekse til å utforske bare med ord. Bildene fungerer da som et medium som gjenspeiler innhold fra intervjudeltakernes livsverden, og muliggjør at forskeren får tilgang til aspekter ved intervjudeltakerens livsverden som ord bare delvis kan representere (Lapenta, 2011).

Videre vektlegges det at bildemateriell kan stimulere til at intervjudeltakere ser tilbake og gjenkjenner viktige temaer fra en tidligere situasjon. På grunn av bilders mulighet til å formidle kunnskap som er vanskelig å formidle med ord, har visuell metode vært brukt i flere studier som har omhandlet forståelsen av selvmord. Både gjennom studier av etterlattes (etter)tanker (Creighton et al., 2018a; Delgado & Wester, 2020), studier av livsverden til mennesker som har tatt selvmord (Creighton et al., 2017) og for å få større forståelse for menns suicidalitet (Olliffe et al., 2017; Olliffe et al., 2019; Olliffe et al., 2021) og stigmatiserte gruppers tanker om hva som kan virke selvmordsforebyggende (Ferlatte et al., 2019)

4.1.1 Metodens svakheter og begrensninger

Pink (2020) viser til at forskere innen visuelle forskningstradisjoner må ha et bevisst forhold til metodens svakheter og begrensninger. Hun viser til at dette er viktig fordi svakheter og begrensninger har implikasjoner for hvilke slutninger man kan dra fra resultatet av studiet, og fordi kunnskap om metodens svakheter og begrensninger muliggjør at forskeren kan ta metodiske valg som styrker og forsvarer valg av metode.

Jeg valgte å ta utgangspunkt i søkestrategien til Bramer et al. (2018) og gjorde et systematisk søk etter kunnskap om metoden, dens anvendbarhet, styrker og svakheter. Jeg fant to systematiske oversikter over bruk av visuell metode innen helse. Den ene oversikten var en systematisk oversikt over forskning på folkehelse (Catalani & Minkel, 2010) og den andre oversikten var en systematisk over bruk av visuell metode på temaer innen psykisk helse (Han & Oliffe, 2016). Begge studier viser at visuell metode er godt egnet for eksplorerende studier på fenomener innen helse som er lite utforsket, men at metoden også må ses på som knyttet til et spesifikt prosjekt. Resultatet kan ikke generaliseres og krever å bli kontekstualisert.

Imidlertid viser Pink (2020) til at bruk av en visuell metode når man intervjuer, må ses på som en forsterkning av et kvalitativt intervju. Kvale (2015a) viser til at kvalitative metoder ikke har som mål å generalisere, og at kunnskapen som produseres er et produkt av samskapning mellom forsker og intervjuedtager. Metodens begrensninger tenker jeg derfor ikke svekker formålet med dette studiet.

4.2 Design

The SAGE Handbook of Visual Research Methods (2011) beskriver ulike hoveddesign ved bruk av bilder innen kvalitativ forskning (Lapenta, 2011). Overgangen mellom de ulike hoveddesignene er likevel glidende (Pauwels, 2011). Denne fleksibiliteten vektlegges av Catalani & Minkel (2010) og Han & Oliffe (2016) som en metodisk styrke i utforming av design.

Kvale (2015b) viser til at semistrukturerte intervju kan åpne for en grundig undersøkelse av den enkeltes opplevelser. Dette er i tråd med Zahavis (2003) beskrivelse av hva som er formålet med en fenomenologisk undersøkelse. Ettersom Betsch (2008) definisjon av magesfølelser viser til fenomener som ikke kan formidles med ord, valgte jeg derfor å lage en bildeoppgave til

informantene. Lapenta (2011) viser til at bruk av bilder muliggjør at informanter kan formidle non-verbalt innhold.

I *The Integrated Framework for Visual Social Research* (2012) gir Pauwels en oversikt over de metodiske muligheter som visuell metode åpner for. Herunder valg og (eventuelt) metoder for generering av visuelt materiale, analyseformer, mulige teoretiske ressurser og metodologiske svakheter og styrker. En av de mest essensielle metodiske avgjørelsene er hvorvidt studiet skal begrense seg til eksisterende visuelt materiale (found visuals) eller om deltager og/eller forsker skal generere det visuelle materialet. Dette gir blant annet direkte konsekvenser for type og mengde visuell data som inkluderes i studiet og etiske aspekter ved bruk av visuelle produkter i forskning (Pauwels, 2011). Ettersom jeg i forkant av studiet ikke hadde holdepunkter for å si noe om deltagerens verden, måtte følgelig de metodiske valgene i forkant av studiet åpne – og ikke begrense – mulighetene for å få sett verden fra deltagerens ståsted. En begrensning ville gjort studiet formålsløst. Kvalitativ forskning ønsker å få tak i «*verden sett fra informantens ståsted*» (Tjora, 2017, s. 114). Jeg begrenset derfor ikke studiet til eksisterende visuelt materiale (found visuals). Informantene fikk derfor velge om de ønsket å ta bilder selv eller finne bilder på internett.

Bakgrunnen for at fokusgruppeintervju ble valgt vekk er at Huss (2003) viser til at behandlere som har opplevd at en pasient har tatt selvmord kan føle seg stigmatiserte.

4.2.1 Utforming av bildeoppgave til informantene

Juli 2021 deltok jeg på kurset *Talking with pictures* i regi av Photovoice WorldWide (Photovoice Worldwide, 2021). Kurset var en opplæring i hvordan man på gode måter kan hjelpe deltagere til å formidle noe av betydning for dem gjennom bildebruk. Med utgangspunkt i dette kurset og kursmateriell som ble distribuert til oss som deltagere utformet jeg en bildeoppgave til informantene (vedlegg 1). Informantene ble bedt om å tenke tilbake på et pasientmøte hvor de fikk en magefølelse på noe som de knyttet til suicidalfare. De kunne enten ta bilder selv eller finne disse på internett. Etiske og juridiske retningslinjer for bruk av bilder i forskningsøyemed fremgikk av bildeoppgaven jf. *de etiske og juridiske anbefalinger utgitt av National Centre for the Research Methods* (Wiles et al., 2008). Disse bildene ble informantene bedt om å ta med til intervjuet som et utgangspunkt for intervjuet. Av bildeoppgaven ble det

oppgitt at bilder de selv tok ikke kom til å bli tatt inn. Ettersom alle deltagerne valgte bilder fra internett og jeg ble tilbudt å ta de inn, ble dette gjort.

4.2.2 Utforming av intervjuguide

Intervjuguide (vedlegg 2) ble utformet i henhold til SAGES publikasjon *Qualitative Interviewing. The Art of Hearing Data* (Rubin & Rubin, 2005), hvor intervjuguiden er inndelt i hovedspørsmål (Main questions), oppfølgingsspørsmål (follow-ups) og hjelpespørsmål (probes). Dette for å oppnå dybde og detaljer, livlighet («vividness»), nyanse (nuance) og rikdom/kompleksitet («richness») i intervjuet. For å oppnå dette brukte jeg tid ved Universitetsbiblioteket UiT og leste på forskjellige typer litteratur som kunne gi meg kunnskap om hvordan ulike former for spørsmålsstilling og spørsmålsformuleringer kunne påvirke svarene.

For å opparbeide meg et visst innblikk i tematikken fra et behandlerståsted deltok jeg på webinar i regi av Nasjonalt senter for selvmordsforskning – forebygging (NSSF) og Regionalt kompetansesenter for vold og traumatisk stress, avd. Øst. Webinaret gikk 04.04.2021 og omhandlet behandlere som etterlatte ved selvmord. Den 03.06.2021 deltok jeg også på et webinar i regi av Universitetet i Oslo og NSSF, dette webinaret omhandlet utfordringer i vurdering av akutt suicidalitet.

Jeg kontaktet også VIVAT Førstehjelp ved selvmordsfare og erfaringskonsulent ved en psykisk helse- og rusklinikk. Jeg fikk innspill til intervjuguide fra spesialrådgiver ved VIVAT selvmordsforebygging og en erfaringskonsulent tilknyttet en fagutviklingsenhet.

Intervjuguiden ble justert mellom intervjuene.

4.3 Rekruttering av informanter

Jeg har gjort et strategisk utvalg fordi valg av metode og design forutsatte en betydelig egeninnsats fra deltagerne, både i form av å finne bilder og i form av å undersøke egne erfaringer med et sensitivt tema. Rekrutteringen foregikk derfor ved at jeg kontaktet fem enhetsledere/ledere innen psykisk helsevern i to ulike fylker. De fikk tilsendt invitasjon til deltagelse (vedlegg 3) og ble spurt om de kunne distribuere invitasjonen innad i sin klinikk.

Fire av enhetslederne/lederne videreformidlet invitasjonen, mens en enhetsleder ikke responderte på noen av mine henvendelser. I samråd med veileder avsluttet jeg videre forsøk på å få kontakt med aktuell enhetsleder.

I startfasen hadde enhetsledere dialog innad i klinikken med potensielle informanter til studiet, og ga meg deretter kontaktinformasjon på mulige deltagere. To behandlere valgte vekk deltagelse etter de fikk vite tidsperspektivet ved å delta. Tre informanter ønsket en samtale med meg først og vi møttes på deres arbeidsteder.

Etter rekrutteringsfasen satt jeg igjen med 6 informanter. Flere deltagere i studiet vurderte jeg av pragmatiske hensyn som uhensiktsmessig fordi intervjuene ble tatt opp på lyd og transkribert verbatim. Kvale & Brinkmann (2015b) anslår at et en times intervju forutsetter fem timers transkriberingsarbeid og gir 20-25 maskinskrevne sider. Med tanke på tiden disponibel og masteroppgavens omfang vurderte jeg det videre slik at en et for stort datamateriale kunne svekke dimensjonene og dybden i analysen. Dette tenker jeg ikke svekker studiet da målet med kvalitative intervju ikke er kvantifisering (Denzin & Lincoln, 2018).

Underveis i intervjuprosessen ble jeg oppmerksom på at flere informanter tematiserte at miljøarbeidere og behandlere hadde ulike forutsetninger for å fange opp pasienter i selvmordsfare. Jeg bestemte derfor at jeg ønsket å inkludere en informant som hadde hovedsakelig jobbet som miljøarbeider i sengepost. Informanten ble rekruttert via snowball-metode. Til sammen deltok 7 informanter i studiet.

4.3.1 Beskrivelse av informantene

Informantene var fra begge kjønn, med erfaringer fra psykisk helsevern på mellom 7 og 30år. De fleste hadde rundt 20 års erfaring. Profesjonene psykiater, psykolog, sykepleier og ergoterapeut var representert blant deltagerne. Fem av informantene oppga at de hadde mistet pasienter i selvmord. I oppgaven vil alle informantene bli omtalt som kvinner for å aidentifisere informantene.

4.3.2 Oppfølging av informantene

En kritisk gjennomgang av bruk av visuell metode for å utforske suicidalitet hos menn (Creighton et al., 2018b) viste at intervjudeltakere kunne ha behov for støtte underveis og i

etterkant av forskningsdeltakelsen. Jeg kontaktet derfor Regionalt ressurscenter for vold- og traumatisk stress og selvmordsforebygging, for å høre om et mulig samarbeid for oppfølging av deltagere. Samarbeidet kom på plass, og alle deltagerne fikk mulighet til å få oppfølging av psykologspesialist Anders Lundesgaard i etterkant av intervjuet.

4.4 Særskilte etiske vurderinger i valg av metode og design

Metodiske valg ble tatt i henhold til etiske og juridiske anbefalinger utgitt av *National Centre for the Research Methods* (2008) og Generelle forskningsetiske retningslinjer (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014).

Kvale & Brinkmann (2015a) viser til at etiske og moralske overveielser er integrert i alle faser av en intervjuundersøkelse, og kan derfor ikke avklares en gang for alle. Jeg tok derfor jevnlig stilling til de etiske spørsmålene ved intervjuundersøkelser som er presentert i Kvale & Brinkmann (2015a, s. 103).

I Fortelling og forskning. Narrativ teori og metode i tverrfaglig perspektiv (Blix & Sørly, 2017) anbefales det at informert samtykke innhentes både før og etter forskningsintervjuet. Informert samtykke er en relasjonell prosess og forskningsdeltakere kan dele mer enn de hadde planlagt på forhånd (Sørly, 2017). Ettersom studiet hadde et eksplorerende design som berører sensitive tema fra praksis sikret jeg derfor samtykke også etter endt intervju. Jeg tilbydde også alle informantene og lese de transkriberte intervjuene dersom de ønsket det.

4.5 Formelle godkjenninger og databehandlingsplan

Prosjektet ble meldt inn til NSD Jf. *Retningslinjer for personvern i forsknings- og studentprosjekt* (UiT Norges arktiske universitet, 2018). Prosjektet ble godkjent 30.07.2021 (Vedlegg 4).

Databehandlingsplan (DNP) ble utformet i henhold til NSDs krav til sikkert datahåndtering (NSD Norsk senter for forskningsdata, n.d.) og lagret i henhold til UiT- Norges arktiske universitets *Retningslinje for klassifisering av informasjon* (UiT Norges arktiske universitet, 2019). Ut fra retningslinjene ble intervjumateriale kategoriseres som gul data. Risikovurdering ble utfylt og godkjent av veileder.

Ettersom UiT har avtale med Nettskjema (Universitetet i Oslo (UiO), 2021) som er sikker måte å lagre data på, ble nettskjema benyttet med tilhørende mobilapplikasjon for lydopptak og i UiT Office med to-punktsverifisering. Aktuell tidsperiode for lagring ble satt til være fra/inntil 3 måneder etter prosjektstart. Data ble deretter slettet for å redusere ulemper med personvern *Jf. punk 4 i NSDs vurderingsskjema for å minimere personvernulemper* (NSD Norsk senter for forskningsdata, n.d.). For å redusere ulempene med oppbevaring av personopplysninger ble også samtykket innhentet muntlig ved intervjustart og ved intervjuets avslutning.

4.6 Studiets begrensninger og mulige biaser

Som sykepleier i sengepost har jeg ikke vært ansvarlig behandler for pasienter. Jeg har således ingen personlig erfaring med å gjøre formelle selvmordsrisikovurderinger. Dette kan ha påvirket forståelsen av datamaterialet. Jeg har derfor fått innspill på analyse fra enhetsleder ved et akutteam. Videre har rekrutteringen vært et strategisk utvalg, og studiet må derfor ses på som et partsinnlegg. Noen av informantene hadde jeg kjennskap til fra før. Jeg hadde derfor noe bakgrunnskunnskap om arbeidsforhold og dette kan også ha påvirket analysen av datamaterialet.

Jeg fikk utfordringer med copyrights på noen bilder. Noen informanter ble derfor spurt om mulighet for å bruke et liknende bilde. To bilder er byttet ut med tilnærmet identiske bilder.

5 Analyse

Datamaterialet jeg satt igjen med etter intervjuene var omfattende. Etter transkriberingen satt jeg igjen med 120 sider skriftlig data og 30 bilder. Innholdet i det skriftlige materialet besto av rikelige beskrivelser av hvordan de opplevde vurderingsprosessen, fortellinger om de siste møtene de hadde hatt med ulike pasienter som hadde gjennomført selvmord, tanker de hadde gjort seg rundt det å fange opp selvmordnære pasienter og refleksjoner rundt fenomenet magesfølelser og visuelle observasjoner i praksishverdagen.

Mangfoldet i datamaterialet gjorde at jeg lette etter en analysemetode som kunne fange opp bredden uten å tape dybden. Jeg valgte en tematisk analyse da dette er en analyseform som er nokså teoriuavhengig, fleksibel og egnet til å generere dypere innsikt i ulike temaer fra en større mengde kvalitativt datamateriale (Johannessen, 2018). Metoden er derfor egnet til å gi en rik, detaljert og kompleks redegjørelse for data (Braun & Clarke, 2006). Jeg mener derfor at en tematisk analyse er egnet til å besvare forskningsspørsmålet mitt.

5.1 Presentasjon av analyseprosessen

Analyseprosessen tok utgangspunkt i Braun & Clarke (2006) som lanserte tematisk analyse som en distinkt analysemetode i 2006. I *Using thematic analysis in psychology* (Braun & Clarke, 2006) beskrives metoden som en rekursiv prosess som beveger seg mellom seks faser.

De seks fasene har glidende overganger, men kjennetegnes av at man først blir kjent med datamaterialet (fase 1), deretter aktivt kode datamaterialet (fase 2) for så å organisere

datamaterialet (fase 3). I de siste fasene gjennomgår man mulige temaer (fase 4) og definerer og navnsetter temaer (fase 5). I fase 6 skriver man frem analysen. Dette forutsetter at datamaterialet man jobber med er skriftliggjort.

Selve analyseprosessen kan enten drives frem av datamaterialet (data-driven) eller av at man legger til grunn teoretiske perspektiv (theory-driven). Den kan også være en kombinasjon av begge tilnærmingene. Analysen av mitt datamateriale var derfor ikke en lineær prosess, men preget av gjentatte bevegelser mellom de ulike fasene, som igjen var faser med glidende overganger. For ordens skyld vil jeg likevel presentere analyseprosessen i seks faser etter transkriberingen. Til slutt redegjør jeg for etiske overveielser som ble gjort i analyseprosessen og i framskriving av resultatet.

5.1.1 Transkriberingsprosessen

Transkriberingsprosessen er en nøkkelfase i dataanalyse av kvalitativ data fordi det er en sentral del av forskerens prosess med å bli kjent med datamaterialet sitt (Braun & Clarke, 2006). Etersom jeg brukte et eksplorerende design tok jeg derfor et valg om å transkribere intervjuene fortløpende under intervjuet. Analyseringen av datamaterialet begynte dermed allerede etter første intervju.

Jeg valgte å transkribere alle intervjuer verbatim og inkludere alle verbale lyder og lengder på pauser som oppsto underveis i intervjuet. Bakgrunnen for at jeg transkriberte intervjuene så detaljerte er at Braun & Clarke (2006) fremhever at informasjon som ekskluderes fra transkriberingen vil gi begrensninger for hvilke muligheter man som forsker har til å analysere datamaterialet. Etersom jeg søkte etter tidligere forskning på magesfølelser og selvmordsfare viste at magesfølelser var vanskelig å artikulere, tenkte jeg at det var viktig at transkriberingen bevarte den nødvendige informasjonen om hva informantene opplevde som vanskelig å uttrykke. Jeg noterte derfor ned gester og kroppsspråk som oppsto når informanter lette etter ord, og tilførte dette transkriberingen. Jeg ville sikre meg flest mulige måter å kunne analysere datamaterialet på, og for å oppnå det hadde jeg som mål å bevare mest mulig bredde, dybde og nyanser i det skriftlige datamaterialet.

Sammenlagt tok transkriberingsprosessen 37 timer.

5.1.2 Bli kjent fasen

Braun & Clarke (2006) viser til at det er viktig å bli kjent med intervjumaterialet i sin helhet før man starter å kode det. Jeg startet derfor med å lese alle intervjuene (data corpus) i sin helhet tre ganger. De to siste gangene jeg leste gjennom intervjuene tok jeg stikkord og laget små oppsummeringer. Jeg tok frem notatene jeg hadde gjort under intervjuene og leste gjennom private refleksjonsnotat som jeg hadde skrevet i etterkant av intervjuene. Denne fasen kaller Braun & Clarke (2006) for steingrunnen for den videre analysen. Jeg brukte derfor god tid på å la datamaterialet synke inn før jeg startet med aktiv koding.

5.1.3 Kodingen av datamaterialet

Braun & Clarke (2006) vektlegger at det er viktig å gi hele datamaterialet lik oppmerksomhet under kodingen, og at man bør kode så mange temaer som mulig. Jeg valgte å bruke databehandlingsprogrammet NVivo i dette arbeidet fordi datamaterialet mitt var for stort til at jeg klarte å analysere det manuelt i tråd med fremgangsmåten til Braun & Clarke (2006). Software Solutions and Services for Science and Technology (2022) beskriver NVivo som det mest brukte databehandlingsprogrammet for å analysere kvalitative data. Jeg valgte derfor NVivo som databehandlingsprogram.

Jeg startet kodingen med å ta utgangspunkt i det tentative forskningsspørsmålet jeg hadde ved intervjustart. Det tentative forskningsspørsmålet var: Hva ser behandlere i psykisk helsevern for voksne (PHV-v) når de gjør selvmordsrisikovurderinger? Bakgrunnen for at jeg valgte å starte med dette spørsmålet er at studiets forankring i fenomenologien medfører at verbet «å se» ikke er en passiv aktivitet hvor verden utenfor blir direkte overført til oss gjennom øynene. Verbet «å se» i en fenomenologisk forskningstradisjon er en aktiv og konstruktiv prosess som er avhengig av bakenforliggende forståelsesstrukturer.

Ettersom Braun & Clarke (2006) viser til at man bør kode så mange temaer som mulig og dette studiet forstår synlighet som avhengig av bakenforliggende forståelsesstrukturer, åpnet det tentative forskningsspørsmålet for et rikt antall koder. Jeg valgte omformulere spørsmålet til fem delspørsmål:

- Hva forteller informantene om hvordan de jobber med selvmordsrisikovurderinger?

- Hva forteller informantene at de ser etter når de gjør selvmordsrisikovurderinger?
- Hvordan vurderer informantene det de ser opp mot selvmordsfare?
- Hva forteller informantene å ha sett i det siste møtet med pasienter som har tatt sitt eget liv?
- Hvilke tanker har de gjort seg i ettertid om synligheten av pasientens selvmordsfare?

Kodingen gjorde jeg «datanær». Det vil si at kodene ble generert av det jeg leste i datamaterialet, og ikke basert på forhåndsbestemte koder. Denne kodingen av hele datamaterialet gjorde jeg fire ganger (Se tabell 1: kodeprosess og datamengde per deltager). Jeg kodet ikke bildene i seg selv fordi jeg i dette studiet var opptatt av informantene selv la i bildene. Sammenlagt brukte jeg 67 timer på dette arbeidet før jeg gikk over på å organisere kodene i ulike temaer.

	Fase 1		Fase 2		Fase 3		Fase 4	
	Koder	Referanser	Koder	Referanser	Koder	Referanser	Koder	Referanser
Informant 1	126	287	69	425	44	359	25	197
Informant 2	244	536	70	531	50	545	29	345
Informant 3	310	693	91	606	57	548	32	327
Informant 4	168	261	73	256	48	246	30	161
Informant 5	159	230	71	199	46	173	25	110
Informant 6	224	426	84	345	53	275	27	174
Informant 7	265	460	71	317	48	264	26	149

Tabell 1: Kodeprosess og datamengde per deltager.

Tabellen viser hvor mange koder jeg satt igjen med, per deltager, i de ulike fasene. Antall koder viser at datamengden som ligger til grunn for resultatet av analysen er jevnt fordelt mellom informant 1,4,5,6 og 7. Mens datamengden for informant 3 og 4 er betydelig høyere. Årsaken til dette er at informant 2 og 3 hadde større spredning på temaer enn de øvrige informantene. Spredningen førte til flere koder, selv om datamengden som ligger til grunn er balansert mellom alle informantene (se Figur 2)

5.1.4 Organiseringen av ulike temaer

Braun & Clarke (2006) anbefaler at forskere benytter seg av visualiseringsmetoder for å finne ulike måter å organisere det kodede datamaterialet i ulike temaer. Jeg valgte derfor å benytte visualiseringsfunksjonen som tilbys i dataprogrammet NVivo. Visualiseringsfunksjonen i dette

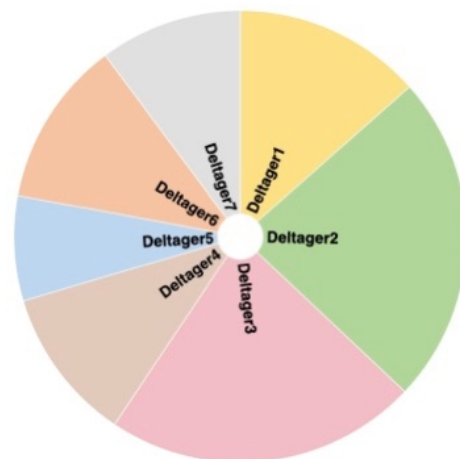
dataprogrammet muliggjør at man kan velge å se hele datamaterialet sitt som en farget sol. Strålene på solen utgjør de ulike datasitatene (data extracts) som man har gitt en kode. Dataprogrammets identifisering av en mulig nær relasjon mellom koder gir samme farge på den solstrålen som et datasitat får. På denne måten får man som forsker visualisert datamaterialet sitt på en slik måte at man kan se mulige forbindelser, relasjoner og temaer som man ikke har sett tidligere.

Braun & Clarke (2006) beskriver at et tema er noe som fanger opp et forhold ved datamaterialet i relasjon til forskningsspørsmålet. Den store mengden datamateriale jeg satt igjen med etter at kodeprosessen var ferdig medførte at jeg var nødt til å ta noen valg for hva som skulle vektlegges i denne oppgaven. Jeg valgte derfor å spørre datamaterialet: Hva fremstår for meg som viktigst for informantene å formidle til meg rundt det å gjøre selvmordsrisikovurderinger? Svaret på dette spørsmålet var at vurderingene var preget av usikkerhet, selvmordsfare lot seg ikke se med øynene og at vurderingene krevde en tilstedeværelse utover sjekklister og kjennskap til statistiske risikofaktorer. Ut fra disse tre hovedbudskapene utledet jeg tre hovedtemaer hvor jeg vektla at temaene skulle være koherente og i tråd med Braun & Clarke (2006) Braun & Clarkes (2006) vektlegging av intern homogenitet og ekstern heterogenitet (figur 1 og figur 2)



Figur 1: Hovedtemaene fra analysen.

Figuren viser mengden datamateriale som inngår i de tre hovedtemaene som kom frem av analyse. Innerste sirkel viser til datamengde som tydelig omhandler forhold ved vurderingsprosessen, bruken av egen kropp og kliniske observasjoner. Sirkelen utenfor viser til datamateriale som i ulik grad overlappet med de to andre temaene. Eksempler er hvordan informantene knyttet sammen kliniske observasjoner med vurderings-prosessen.



Figur 2: Datamengde per informant som inngår i hovedtemaene fra analysen.

Datamengde som inngår i hovedtemaene fra figur 1 vist for den enkelte informant. Hver farge viser til en deltager, og størrelsen på kakestykket viser størrelsen på datamengden som gjenspeiles i hovedtemaene fra analysen.

5.2 Ethiske valg for framskriving av resultatet

Braun & Clarke (2006) viser til at i framskrivingen av et tema skal man identifisere den historien som hvert et tema forteller. I intervjuene hadde informantene delt fortellinger fra noe av det vondeste en behandler kan oppleve. De viste meg stor tillit til at jeg skulle ivareta fortellingene og erfaringene de delte med meg. Jeg har derfor hatt ydmykhet og respekt som overordnede verdier i framskrivingen av resultatet.

Informantene erfaringer var nært på deres yrkesidentitet og erfaringsbakgrunn. Etter analysen av datamaterialet fant jeg ingen profesjonsforskjeller i intervjuinnholdet som hadde betydning for innholdet i resultatet. Jeg bestemte meg derfor for at jeg i framskrivingen ikke oppgir yrkesbakgrunnen til de ulike informantene. Av respekt for informantene bruker skriver jeg derfor Informant med stor bokstav.

Jeg har valgt å løsrive bildene fra identitetsmarkørene (A-F) fordi informantene fordi flere omhandler pasientfortellinger. Dersom informantene ønsker å dele sin deltagelse vil en identitetsmarkør kunne knytte pasientfortellinger til informantene.

Flere av deltagerne hadde valgt bilder av offentlige personer som har gjennomført selvmord. Disse ble valgt vekk i presentasjonen av hensyn til de berørte. Noen deltagere valgte kjendiser for å vise ansiktstrekk, disse ble også valgt vekk for å unngå misforståelser mellom tematikken og personene som er avbildet.

5.3 Juridiske forhold ved bruk av bilder i resultatet

Alle bildene som blir vist i presentasjonen er godkjent av rettighetshaverne eller går under Creative Commons (CC). Liste over bilder, rettighetshaver og tillatelser er vedlagt oppgaven (Vedlegg 5). De vil krediteres fortløpende.

6 Resultat

I dette kapitlet presenterer jeg resultatet av min empiriske analyse av datamaterialet. Jeg har valgt å bygge opp presentasjonen på en slik måte at informantenes bilder presenteres løsrevet fra informantene, men fortløpende og er integrert i teksten. Bakgrunnen for at jeg har tatt dette valget er fordi informantene presenterte sine bilder i en kontekst hvor bildene hadde til formål å supplere det verbale språket. Lapenta (2011) beskriver denne form for bildebruk som et medium for å gi forskeren tilgang til aspekter ved intervjudeltagerens livsverden. Disse aspektene lar seg ikke fullt ut formidle med ord alene.

Presentasjonen tar utgangspunkt i ett hovedtema som ikke lot seg løsrive fra det øvrige intervjumaterialet. Dette hovedtemaet var *betydningen av praktisk erfaring under selvmordsrisikovurderinger*. Innenfor dette hovedtemaet var det tre undertemaer som skilte seg ut som spesielt viktige for informantene. Disse tre undertemaene var forhold ved vurderingsprosessen, kliniske observasjoner og bruken av egen kropp.

Jeg presenterer de tre undertemaene hver for seg. Til slutt i kapitlet har jeg valgt å skrive en oppsummering av datamaterialet

6.1 Vurderingsprosessen

Et undertema som gikk igjen i intervjumaterialet var hvordan man gjennom erfaring tilegner seg en forståelse av selvmordsrisikovurderinger som skiller seg fra de som er nyutdannet. En av de tingene som informantene fortalte hadde endret seg for dem, er hvor de aktivt rettet

fokuset i vurderingsprosessen. Denne fokusendringen beskrev de som avgjørende for hvordan de integrerte vurderingen inn i en samtale, for hvordan de etablerte trygge rammer i samtalen og for hvordan de som behandlere tilpasset samtalen utfra pasientens reaksjoner og lidelsesuttrykk. Samlet var dette handlinger som informantene beskrev som viktige forutsetninger for selvmordsrisikoens synlighet.

6.1.1 Erfaring endrer fokuset under vurderingsprosessen

Alle informantene vektla at de gjennom praktisk erfaring hadde fått et annerledes fokus på hva som var viktig under vurderingsprosessen. Denne fokusendringen skilte seg fra hvordan de jobbet som nyutdannet. De forklarte denne fokusendringen med at dagens verktøy for selvmordsrisikovurdering er *for usikker* og at man ikke kan *se* hvem som er i selvmordsfare. For å møte denne usikkerheten og manglende synligheten forutsatte det at man hadde praktisk erfaring med å møte mennesker i krise for å forstå hva man kunne vurdere, og hva som realistisk sett var mulig å vurdere. *Informant A* beskrev det slik:

Det vi vurderer. Hva er egentlig det? Det har jeg lurt på veldig mange ganger. Hva er det vi egentlig holder på med? [...] Jeg har jobbet med dette *veldig lenge*. Jeg har helt sluttet med å forsøke å vurdere en generell risiko. Det er liksom mer, er det risiko eller er det ikke risiko? Og på *hvilken måte* er den [spesifikke] risikoen. Er den risikoen høy, lav eller middels. Men fra dette, til å slutte [hvem som kommer til å ta livet sitt] det er ikke lett [...] Gitt viljen er fri er det ikke mulig *per se* å predikere hva som skal skje i fremtiden, men vi gjør jo så godt vi kan [...] Man kan ikke *se* hvem som skal ta livet sitt. Hadde man kunnet det, så hadde dette vært enkelt! Og det er det *ikke*! Så min erfaring er at det *viktigste vi gjør* [under vurderingen] er å skape et rom hvor pasienten *selv kan synliggjøre* sine selvmordstanker og selvmordsplaner [...] da hjelper det ikke med sjekklister. Da trenger man *erfaring* med å møte mennesker i slike situasjoner.

Informanten beskriver her at hun har sluttet med å vurdere en generell risiko slik man formelt omtaler selvmordsrisikovurderinger. Hun viser til at man ikke kan *se* at noen er i selvmordsfare, og at det derfor er viktig at pasienten selv kan synliggjøre en selvmordsfare. Dette tenker informanten forutsetter at behandleren har erfaring med å møte mennesker i selvmordsfare. Fokuset i møtet må være på å skape et trygt rom og ikke på sjekklister.

6.1.2 Betydningen av trygge rammer

Informantens vektlegging av å skape trygge rammer for pasienten, ble av alle informantene vektlagt som en avgjørende faktor for verdien av en selvmordsrisikovurdering. Erfaring ble vektlagt av alle informantene som den viktigste bakgrunnskunnskapen i dette arbeidet. I neste avsnitt vil jeg illustrere dette budskapet med utgangspunkt i en fortelling fra intervjumaterialet:

En gang hadde jeg med meg en nyutdannet og uerfaren lege som skulle gjøre en suicidvurdering på en pasient som skulle akuttinnlegges [sukker] Også tok legen frem denne lista, den huskelista over spørsmål [rister på hodet] Og den uroen hos pasienten! Det skjedde med det samme disse oppskrift-spørsmålene startet. Den uroen hos pasienten gjorde at jeg tenkte at «nå mister vi henne! Nå går hun!» Jeg følte kroppen hennes var på vei ut døra. Legen bare fortsatte med spørsmålene. Så jeg bare måtte bølle meg frem og la dette gli over, og si at disse spørsmålene fikk vente til dagen etter og finne en måte å roe det hele ned på. Og da jeg sa det var det som pasienten falt tilbake i stolen og fikk ro over seg. Og det er kontrasten som jeg merker ofte. Når behandlere ikke er trygge nok i seg selv i slike situasjoner så skaper det uro, sinne, frustrasjon og fortvilelse hos pasienter som er rammet av sine følelser.

Fortellingen ble delt med meg av *Informant B*. Hun var en av informantene med lengst erfaring med å jobbe med mennesker i selvmordsfare. I fortellingen viser hun til hvordan hun som erfaren behandler hadde et annet fokus enn den nyutdannede legen. Hennes fokus var på pasienten og pasientens reaksjoner og behov. Den nyutdanna legen hadde et fokus på sjekklisten og formaliteter. Hennes fokus gjorde at hun evnet å fange opp at pasienten var i ferd med å gå fra samtalen. Ved å ta over styringen i samtalen klarte hun å *roe det hele ned*. Trygge pasienten og skape et rom dagen etter for en samtale. Tilnærmingen til Informant B kan illustreres av hvordan *Informant C* beskrev sin arbeidsform:

Det jeg tenker er viktig er inngangen til samtalen. Hvis du skal ha den samtalen og starter med å si «nå skal jeg vurdere suicidfare» så tenker jeg at jeg på et vis endrer spillereglene for hele samtalen [...] Har jeg tid er det viktig å skape trygghet først, og ikke bare «nå suser vi rett på også bare begynner vi på lista dung-dung-dung!» Det er kjempeviktig at det ikke er hastverk og at man får satt seg ned og kjent litt på stemninga [...] Og nå er jeg så heldig med at jeg alltid har flere ting i luften og er litt distre og sånt [ler] så det er alltid forskjellige små ting jeg må fullføre på kontoret før samtalen starter. Og jeg tenker egentlig det er en fordel for den som kommer inn, for å få samla seg og finne litt roen før samtalen starter. Så er det viktig for meg å finne noe som er litt okey som en slags baseline for samtalen [...] hvordan har du det,

og her er vi nå og hvor er du, som en baseline for mer sensitive temaer. Så man kan se det i sammenheng. Så skremmer man ikke skremmer vettet av folk slik at du nærmest skremmer dem inne med en gang.

Beskrivelsen til *Informant C* skiller seg fra fortellingen om den nyutdanna legen. Legen gjorde det *Informant C* kalte å «begynne rett på lista dung-dung-dung» og «nærmest skremmer dem inne med en gang». Hennes vektlegging var på trygge rammer og hvordan inngangen til samtalen var viktig for å lage en brukbar baseline for pasienten.

I fortellingen om den nyutdanna legen avsluttet *Informant B* med å vise til at pasienter kunne *være rammet av sine følelser*. Betydningen av å forstå hvordan følelser kan ramme en pasient og pasienters lidelsesuttrykk ble av alle informantene vektlagt som viktig for utfallet av vurderingsprosessen. I neste avsnitt tar jeg utgangspunkt i to av informantenes bilder for å illustrere dette.

6.1.3 Betydningen av å forstå lidelsesuttrykket

En informant tok med seg bildet på neste side (bilde 1) til intervjuet fordi hun ønsket å vise meg viktigheten av å forstå lidelsesuttrykk. Hun hadde valgt dette bildet fordi det ga henne assosiasjoner til hvordan hun forestilte seg at pasienter kunne følelse seg når de ble *pulverisert* innvendig.

Ordet *pulverisert* brukte hun for å beskrive en følelse av å gå i oppløsning og være overveldet av et uutholdelige følelser og kaos. Hun pekte på venstre side av ansiktet til kvinnen og sa at hun nesten kunne se et til ansikt der. Hun assosierte det med en indre splittelse og ambivalens som man som behandler ikke nødvendigvis kunne se, men erfarne behandlere kunne fange opp lidelsesuttrykket. Et slik lidelsesuttrykk kunne være at pasienten var springende og hoppende i samtalen, og hadde vanskeligheter for å gjøre seg selv forstått. Andre ganger kunne pasienten mangle et verbalt språk. Begge deler beskrev hun som farlige tilstander hvor pasienten kunne ende med å ta sitt liv. For henne var dette derfor et eksempel på at synligheten av en selvmordsfare også kunne handle om å fange opp noe annet enn direkte selvmordstematikk.



Bilde 1: Bilde av kvinne som holder hodet sitt med hånden. Credits: Wondervisuals (2022) Publisert med lisens fra © Gettyimages

Det samme vektla *Informant A* i intervjuet. Hun viste til at ingen verktøy for selvmordsrisikovurderinger fanget opp melankolske depresjoner. Med melankolske depresjoner viste hun en tilstand som hovedsakelig sitter i pasientens kropp. Denne tilstanden beskrev hun som en farlig fordi den besto av at selvet ble utarmet parallelt med at pasienten ble full av energi. For å fange opp dette forutsatte det at behandlere hadde kunnskap og erfaring med diagnosen og de ulike typer krefter som rører seg i pasienten. For å få denne kunnskapen må behandlere forholde seg til noe annet enn direkte selvmord.

Lidelsers betydning for selvmordsfare ble tematisert av de fleste informantene fordi ulike tilstander ga ulike tilbøyeligheter til impulsivitet, problemløsning, allianse og pasientens opplevelse av fremtidshåp. Spesielt psykosetilstander og traumelidelser ble trukket frem av informantene som lidelser som på ulike måter kunne påvirke pasientens kommunikasjonsevner. I slike tilfeller beskrev informantene at det ofte var synet som ledet dem i samtalen.

En informant tok med seg bildet under (bilde 2) for å vise meg hvordan synet kunne lede henne i samtaler. På bildet ser man en voksen person som holder rundt en teddybjørn. Hun hadde valgt dette bildet fordi det ga henne assosiasjoner til observasjoner hun hadde gjort av voksne pasienter som er redde. Flere ganger hadde hun sett at voksne pasienter kunne bli mer *barnlige* når de følte seg utrygge. Noen pasienter kunne ha med seg en bamse på sengeposten. Når hun så at disse pasienten tok frem bamsen sin eller på andre måter fremsto mer barnlige, så var det

et tegn for henne på at nå er verden ekstra utrygg. Da ble det viktig for henne å skape trygge rammer for pasienten for å kunne komme i dialog om det som var vanskelig. På denne måten viste hun til hvordan erfaringen hennes bidro til hva hun kunne forstå av det hun så.



Bilde 2: *Bilde av en voksen person som holder en bamse. Foto: Müftüogullari (2020) © Creative Commons*

Informantens bruk av bildet for å gi et eksempel på hvordan erfaring kan påvirke hva man ser, er temaet for neste del av presentasjonen. Først presenterer jeg informantenes tanker om hvilken rolle erfaring har for hva de ser i praksis. Deretter presenterer jeg hva informantene forteller at de aktivt ser etter under vurderingen, og hvordan rolle de tenker at visuelle inntrykk har for dem i vurderingsprosessen. Her vil jeg presentere seks temaer fra datamaterialet med utgangspunkt i informantenes bilder.

6.2 Kliniske observasjoner

Informantene var opptatt av at deres egen erfaringsbakgrunn hadde betydning for hva de så under vurderingsprosessen. To måter erfaringsbakgrunnen påvirket hva de så ble vektlagt som ekstra viktig for informantene. Den ene måten var fortolkningsprosessen. De viste til at ettersom de som behandlere ikke direkte kunne se hva som skjedde på innsiden av pasienten måtte de

tolke tegn og signaler i tillegg til pasientens verbale språk. Denne fortolkningsprosessen ble av informantene beskrevet som avhengig av deres egen forforståelse. Den andre måten erfaringsbakgrunnen kunne påvirke hva de så, ble beskrevet som evnen til å ta opp til hodet det de så. De viste da til hvorvidt man var åpen eller lukket for visuelle inntrykk.

6.2.1 Fortolkning av tegn og signaler

Under intervjuene trakk alle informantene frem at *tegn og signaler på selvmordsfare* var fortolkninger. Disse fortolkningene beskrev de som avhengig av hvilken situasjon de oppsto i og i hvilken kontekst de ble sett i. *Informant A* beskrev det slik:

Det er veldig stor forskjell på hvordan ulike personer fortolker [tegn og signaler]. Det kan for eksempel være kjempeutfordrende i gjennomganger [etter et selvmord]. Hva har man sett, på hvilken måte kan man si at man har sett noe. Hvordan ble ting sagt og kunne man forstått noe annerledes. Det kan være veldig forskjellig. I tillegg er det jo stor forskjell på hvor man jobber i en avdeling. Om man er ansvarlig behandler eller i miljøet. Det gir jo ulike muligheter og kontekster. Også er det jo også ulikheter mellom profesjoner og hvordan erfaring man har fra før [...] så det er veldig stor forskjell på det ja.

Det *Informant A* viser til her er at fortolkning av tegn og signaler er knyttet til to ulike typer forhold. Det ene forholdet er behandlerens erfaringsbakgrunn, profesjonsbakgrunn og hvor i klinikken behandleren møter pasienten. Det andre forholdet som informantene tenkte på virket deres fortolkning av tegn og signaler, er utledet av det første. Dette forholdet handlet om hvordan erfaringsbakgrunnen og konteksten åpner, eller lukker, for ulike måter en behandler kan fortolke et tegn eller signal.

Muligheter og erfaring ble knyttet sammen av informantene gjennom å vise til at alle har en forforståelse i møte med tegn og signaler. Den forforståelsen beskrev de som en forutsetning for å ha muligheten til å kunne fortolke tegn og signaler. Samtidig ble også forforståelsen beskrevet som en mulig *barriere* for å fortolke tegn og signaler. *Informant B* beskrev dette forholdet på denne måten:

Du vet at dette med å ha forforståelse? Disse forforståelsene vi alle har med oss i livet. Våre tidligere erfaringer kan jo ha veldig stor betydning for hva vi ser i øyeblikket [...] vi putter jo ting her og der og henter det frem [...] og jo mer erfaring man har jo større mulighet har man til å se nyanser [...] men det kan også være en felle. At det som ligger der gjør at du ikke klarer å se det som skjer i øyeblikket, der og da. Så det kan også være en felle altså.

Informant B viser her til fortolkningen av det man ser både kan muliggjør at man ser nyanser i øyeblikket, men at erfaring også kan være en felle som forhindrer at man ser det som skjer i øyeblikket.

Informantene viste også til tegn og signaler kunne forsterke hverandre hvis de opptrådte samtidig, svekke hverandre om noen tegn og signaler fremsto som mer viktige enn andre, og de kunne maskere hverandre ved at noen tegn og signaler kamuflerte andre. *Maskering og kamuflering* av tegn og signaler under en fortolkningsprosess ønsket en informant å vise til meg med bildet under (bilde 3).



Bilde 3: *Girl in Herne Hill Credits: Raphaël Neal (2019)* Bildet publiseres i masteroppgaven med tillatelse fra fotografen ©Raphaël Neal.

Informanten hadde valgt akkurat dette bildet fordi det minnet henne om det siste møtet hun hadde hatt med en pasient før pasienten gjennomførte selvmord. I det siste møtet hadde pasienten vært oppstemt og fortalt henne hvor bra det gikk med henne. Pasienten hadde flere ganger ristet på hodet av at hun tidligere hadde hatt selvmordstanker, og uttrykte i samtalen at nå skulle det virkelig bli *andre boller*.

Kort tid etter denne samtalen tok pasienten livet sitt. Informanten fortalte at hun ei ettertid har tenkt mye på det siste møtet. Sammen med sine kollegaer hadde de snakket mye om hva som gjorde at de ikke hadde fanget opp at hun var nær ved å gjennomføre selvmord. De undret seg over om oppstemtheten kunne ha vært at pasienten hadde bestemt seg for å gjennomføre selvmord. Hun hadde forsøkt dette flere ganger før, men blitt berget. I ettertid hadde informanten fått vite at pasienten hadde gjort flere ting for å sikre sin familie etter hennes død. En av tingene hun hadde ordnet opp i var sin egen økonomi. Dette var ting hun som behandler ikke visste og ikke kunne vite noe om uten at pasientens selv fortalte det. Hun avsluttet fortellingen med at det kunne for andre virke lett i etterpåkløskapens lys å se at oppstemtheten kunne ha vært et faretegn, men der og da satt hun der sminket og nyfrisert.

Informanten viste her til hvordan pasientens utseende og fremtoning virket inn på hvordan hun fortolket oppstemtheten. Flere informanter fortalte om liknende opplevelser med hvordan ulike forhold med pasienten virket sammen i øyeblikket og påvirket hvordan de fortolket pasienten. Konteksten ble derfor vektlagt av alle informantene som avgjørende for hvordan man som behandler fortolket tegn og signaler på selvmordsfare.

6.2.2 Kontekstens betydning

Kontekstens betydning ble vektlagt av alle informantene som avgjørende for fortolkning av tegn og signaler. En informant hadde tatt med seg bildet på neste side (bilde 4) fordi hun ville vise meg nettopp det. På bildet ser man et barn som går fra deg. Bildet beskrev hun som nøytralt og kunne bety hva som helst. Hun assosierte barnet med en pasient som beveget seg vekk fra behandling. På den ene siden kunne det være fint og flott, som progresjon i terapi. På den andre siden kunne det være et tegn på den *ytterste fare*. At pasienten kuttet alle bånd og gikk sin vei for å ta sitt eget liv. Kanskje hadde pasienten bestemt seg og nå bare forsøkte å komme seg dit uten å bli stoppet. For henne ble derfor enhver endring i terapien viktig å sette i en større kontekst.



Bilde 4: Kid walking alone Credits: Sasin Tipchai (2017) publisert med lisens fra © Depositphoto

Informant C brukte ordene *terapeutisk blick*, *ordinært blick*, *skråblikk*, *ekstrablikk* og *klinisk blick* for å forklare meg hvordan hun jobbet for å sette ting i kontekst. Hun beskrev bruken av de ulike blickene som en simultanaktivitet som samlet hadde som formål å se helhetlig:

For meg har det blitt viktig at jeg tuner meg inn på alle kanaler når det skjer endringer i pasienten eller pasientens liv. Hvordan er disse endringene for pasienten og hva betyr dette for akkurat denne pasienten? Hva vet jeg av andre ting om denne pasienten, og er det noen ting som skurrer nå? Jeg tar med meg hele bakgrunnskunnskapen jeg har om pasienten [fra tidligere] inn i måten jeg tuner meg inn på pasienten. Også når noe fremstår som kjempebra i et terapeutisk blick, da har jeg et ekstra blick på «hva er det her egentlig?» samtidig som jeg kan glede meg med pasienten [med et ordinært blick]. Endrer spillereglene seg er det ekstra viktig å ha et skråblikk [fordi] selv det som fremstår kjempebra kan være den største fare [...] Som progresjon i terapi. [...] For meg handler det [derfor] om å lese det som taler til meg i praksis, å ha et klinisk blick. Å se helhetlig.

Det informanten viser til her er at behandlere kan forstå samme situasjon ulikt avhengig av hvilken kontekst man ser situasjonen i. Her viser hun spesifikt til endringer som progresjon i terapi. Med et terapeutisk blick vil hun kunne se på det som bra, men med et ekstra blick (som

er det noen annen måte å forstå dette på?) kan denne progresjonen skurre. Hun kalte dette også for et å ha et skråblikk. Videre viste hun til at hun også hadde et ordinært blikk som hun bruker for å kunne glede seg med pasienten uten at blikket har noen faglig misjon. Sjongleringen mellom disse blikkene for å fange helheten kaller hun for å ha et klinisk blikk.

Samtidig viste informantene til at helheten er noe som de ikke nødvendigvis kan få. Det er ikke alt de kan vite, og det er begrenset hva de som behandlere kan tilegne seg kunnskap om. Alle informantene viste til opplevelser de hadde hatt med pasienter som ikke ønsket å bli fanget opp. Noen informanter hadde opplevd å få selvmordsbrev fra pasienter som hadde begått selvmord. I selvmordsbrevene hadde pasienter unnskyldt seg og sa at de ikke hadde kunne la dem få vite at de skulle gjennomføre selvmord, for de ønsket ikke å bli stoppet.

6.2.3 Å ta opp til hodet det man ser

Informantene delte mange fortellinger om sine siste møter med pasienter som hadde gjennomført selvmord. I flere av fortellingene tematiserte informantene at de i *etterpåkløkskapens lys* kunne sett tegn og signaler som de ikke så forut for selvmordet. Disse formene for tegn og signaler skiller seg fra fortellingen om pasienten som var fremsto oppstemt i det siste møtet (s.39). Disse tegnene og signalene beskrevet ble beskrevet som noe de ikke fanget opp fordi de ikke tok til hodet det de så. *Informant D* beskrev det å ta ting opp til hodet som å koble det man ser og å være åpen for inntrykkene:

«Jeg er veldig opptatt av at man må ta opp til hodet det man ser. At man må kobler det sammen [...] Du må bli åpen for inntrykkene du får og tolke dem. Det krever mye kunnskap og erfaring med å møte pasienter som er selvmordstruet. Selv er jeg blitt bedre på det med årene. Du må tørre å tenke tanken, at pasienter kan komme til å ta sitt liv. Du kan ikke berolige deg selv med at det sikkert går bra. Jeg er blitt bedre å koble ting sammen med årene. Bank i bordet!»

Informanten viser også til at det å koble ting sammen krever kunnskap og erfaring. Hun viser også til at du som behandler må tørre å tenke tanken på at pasienter kan ta sitt liv. Betydningen av at man som behandler ikke var redd for å snakke om selvmord, ble av alle informantene tematisert som avgjørende for at man kunne hjelpe pasienter til å fortelle dem om sine selvmordstanker og selvmordsplaner.

En informant tok med seg bildet under (bilde 5) til intervjuet. Hun tok med seg dette bildet fordi det minnet henne om siste gang hun så en pasient som gjennomførte selvmord. Informanten fortalte meg at hun i ettertid hadde klandret seg selv mye, aller mest fordi at hun ikke hadde koblet det hun så, med det hun tenkte hun visste. Hun beskrev det som å føle at hun ikke tok det opp til hodet.



Bilde 5: Person som ligger på sofaen. Credits: Pexels (2022d) © Creative Commons

Dette bildet minnet informanten om måten pasienten lå på en sofa med et pledd trukket over hodet. Hun husker at hun reagerte litt på det, men der og da tenkte hun at pasienten kanskje var sliten. Hun spurte han «er du trøtt Ola?». Han svarte ikke. Bare lå i ro. Etter en stund reiste han seg opp og gikk mot døren. Han snudde seg og sa «Ja, jeg er så trøtt».

En uke etter dette møtet tok pasienten tok pasienten livet sitt. I ettertid tenkte hun på at hun ofte hadde sett denne formen for kroppstygnde hos pasienter som var nær døden. Hun beskrev det som at hun hadde kunnet se at de var tunge som en sammensunket sekk. *Der de setter seg, der blir de.* Det at hun hadde denne erfaringen fra tidligere gjorde at hun i ettertid tenkte at hun ikke hadde tatt til hodet det hun så. For henne var betydningen av visuelle inntrykk derfor veldig viktig for å fange opp pasienter som var nær døden.

6.2.4 Betydningen av visuelle inntrykk under vurderingsprosessen

Visuelle inntrykk var viktig for alle informantene under vurderingsprosessen. Visuelle inntrykk ble vektlagt som sentrale kilder til informasjon om pasientens psykiske status presens, grad av selvivaretagelse, lidelsesuttrykk, følelsesstabilitet, energinivå og stemningsleie.

I de situasjonene hvor pasienten var tilbakeholden eller dårlig i kontakten fortalte informantene at synet var spesielt viktig. De beskrev synet som viktig fordi det kunne gi dem kunnskap om tilstedeværelsen av psykosesymptomer eller symptomer på alvorlige depressive tilstander.

Informant A beskrev det som dette:

Klær kan si noe om hvordan man tenker og er, men det er nok ikke i direkte selvmordsrisikøymed. Men klær kan si noe om hvordan man har det inni seg. Om du er paranoid, om du må forsvare deg. Eller om du er deprimert og ikke klarer å holde på verken hygiene eller andre typer rammer. Jeg har erfart det.

Her viser informanten til visuelle observasjoner av klær som en mulig kilde til informasjon om hvordan pasienter har det inni seg. Også visuelle observasjoner av pasientens omgivelser ble sett på som verdifullt for vurderingen. Informant E beskrev omgivelsene som en kilde til kunnskap om pasientens psykiske status presens:

Når jeg går inn på et pasientrom bruker jeg å tenke på hvordan rommet vanligvis ser ut. Jeg ser om gardinene er åpne, om de er lukket. Om lyset er av eller på. Hvordan ser sengen ut, er det kaotisk der, ligger det små hint om at pasienten ikke har det bra. Jeg har opplevd at det kan ligge synlige barberblad under puten. Jeg sjekker stemninga, og hvordan pasienten reagerer på at jeg kommer inn. Hvor pasienten sitter i rommet og kroppsspråket når jeg kommer inn. Hvordan atferden er. Ser også etter om pasienten er mer rommet, mindre på rommet, snakker mer eller mindre i miljøet. Slike ting ser jeg etter [for å vurdere psykisk status presens]. Og det har stor betydning for hvordan jeg vurderer pasienten.

Informanten forteller her om hvordan hun brukte visuelle observasjoner av pasientens omgivelser og pasientens tilstedeværelse i sengeposten som en kilde til å vurdere pasienten. Hun viser også til at hun har erfart at pasienter kan legge frem barberblad for å signalisere til

hjelpepersonell at de har selvmordstanker. Denne form for kommunikasjon må fanges opp visuelt. *Informant F* tematiserte at også under fravær av verbal kommunikasjon kunne man også av og til visuelt fange opp at lidelsen ble for stor for pasienten:

Det er vanskelig når folk ikke har det verbale språket. Men både for kvinner og menn kan lidelsen bli for stor. [Selv om de ikke har det verbale språket] kan man [noen gang] se det i kroppen. Lidelsen blir for stor. De holder ikke smerten. Da ser man det i kroppen som at de spenner kroppen, uro, fingrene går, fikler med mobilen, ikke helt følger med på det som blir sagt, at de er på leggen og helst bare vil gå, noen kan jo også bare reise seg å gå. Slik er «faretegn».

Her viser informanten til at hun i disse tilfellene kunne se at kroppen ikke klarte å holde på smerten, og smerten inni pasienten kom til uttrykk gjennom uro, spenninger og kroppsspråk.

I datamaterialet var det fem andre temaer som ble tematisert på ulike måter av alle informantene som de fem mest sentrale tingene de så etter når de gjorde selvmordsrisikovurderinger. Disse fem temaene var samstemthet, troverdighet, kontakt, balanse, kontakt og allianse. På de neste fem sidene i presentasjonen vil jeg derfor gi eksempler på hva informantene mente med dette og hvordan de formildet disse vurderingene gjennom bilder de tok med til intervjuene.

6.2.5 Samstemthet

Vurdering av *samstemthet* ble tematisert av alle informantene. Informantene fortalte at under selvmordsrisikovurderinger fulgte de aktivt med på pasientens ansikt, øyner, blikk og kroppsspråk. Herunder hud, hudfarge, endringer i hudfarge, svette, tårer, smil og grov- og finmimikk. De sammenliknet disse observasjonene med hverandre for å se om de var samstemte, og om det verbale og non-verbale språket var samstemt. Også samstemthet mellom pasienten og pårørende ble vurdert.

En informant tok med seg bildet under (bilde 6) til intervjuet for å vise meg hvordan hun husket det siste møte med en pasient som tok sitt liv. Hun viste dette fordi hun opplevde at pasienten og pasientens bror ikke var samstemt med hverandre. Informanten husker at pasienten satt på samme måte som kvinnen på bildet. Hun hadde hodet sitt bøyd litt frem og opp. Broren satt ved siden av henne og smilte. Informanten ba meg se for meg en tsunami hvor den ene så den komme, og den andre så den ikke. Hun husker at noe i henne reagerte på brorens smil. Der og da visste hun ikke helt hva det var.

Kort tid etter gjennomførte pasienten selvmord. Informanten har tenkt mye på brorens smil. I ettertid har hun lurt på om smilet var et uttrykk for redsel og panikk.



Bilde 6 : En kvinne som sitter framoverlent og ser litt opp. Credits: Kristina Varaksina (2014) Bildet publiseres i masteroppgaven med tillatelse fra fotografen © Kristina Varaksina.

6.2.6 Troverdighet

En informant hadde tatt med seg bildet under (bilde 7) for å vise meg et eksempel på hva hun mente med å *ikke tro på pasienten*. Hun pekte på mannen og beskrev smilet hans som *fasadesmilet*. Hun viste til at han hadde klesklyper som holdt kinnene oppe, men dersom man slapp klesklypene kunne ansiktet hans heller være et *gråteansikt*. Hun kunne se at smilet ikke var ekte fordi det ikke nådde øynene hans og at hun kunne se tårer der. Formuleringen *uekte smil som ikke når øynene*, var en formulering flere informanter brukte.

I situasjoner hvor de kjente på usikkerhet rundt hvorvidt pasienten var ærlig når han eller hun avkreftet selvmordsplaner vektla de kroppsorientering, blikkontakt og psykomotorisk uro.



Bilde 7: Bilde av mann som smiler ved hjelp av klesklyper. Credits: Colorbox (2022) Publisert med lisens fra © Colorbox

6.2.7 Kontakt

En informant tok med seg dette bildet (bilde 8) for å vise hvordan *nedsatt kontakt med pasienten* kunne kjennes for henne. På bildet er det en kvinne som står bak et duggete vindu. Hun viste til at bildet var følelsen av nedsatt kontakt. Hun kan se pasienten, men føler ikke at hun når inn. Et «ett eller annet» som er mellom dem. Hun beskrev at hun i slike situasjoner kunne se at det var noe sløret over øynene på pasienten eller at pasienten fremsto avstengt. Andre beskrev det som at pasientene hadde snevret inn synsfeltet sitt.



Bilde 8: En person bak et vindu som er vanskelig å se. Credits: Pexels (2022c) © Creative Commons

6.2.8 Balanse

En informant hadde tatt med seg bildet under (bilde 9) for å vise meg et eksempel på hva hun mente med å si at hun vurderer *balansen i pasienten*. Bildet er av en vekt. Når en pasient opplever bedring er det viktig for henne å vurdere om bedringen er balansert eller spontan. Spontan bedring kan være et varsku på selvmordsfare. På samme måte vurderer hun om pasientens formidling av egen livssituasjon er balansert eller ikke. Dersom pasienten virker å gå fra å være engasjert i eget liv til å fremstå uinteressert, kan også det være et varsku. Denne *balanseveiiingen* ble tematisert av alle informantene som en sentral del av å knytte sammen det de observerte med kunnskap og erfaring.



Bilde 9: Bilde av en vekt. Credits: Pexels (2022a) © Creative Commons

6.2.9 Grad av allianse

En informant hadde med seg bildet under (bilde 10). Bildet valgte hun fordi det for henne var en illustrasjon på det som er synlig for dem som behandlere og det som ikke er synlig for dem. Kvinnen i hvit kjole var for henne et symbol på pasientens ytre mens den sorte kvinnen var et symbol på et indre mørke som de ikke direkte kunne se med egne øyner. Dette indre mørket assosierte hun med ambivalensen som kunne rive i pasienter som hadde selvmordstanker. For henne ble det å se etter blikkontakt, kroppsorientering og psykomotorisk uro parameter for å se om etter *grad av allianse med pasienten*. Dersom hun følte at alliansen var dårlig var det et faretegn. Samtidig var det ikke slik at hun alltid kunne fornemme det, for den sorte kvinnen kunne hun ikke direkte se.



Bilde 10: *To kvinner på stranden* Credits: Edvard Munch (1898), bildet er tatt av ©Munchmuseet for fri bruk

6.3 Bruken av egen kropp

Alle informantene viste til at kroppslige fornemmelser var en ledetråd for informantene når de gjorde vurderinger som var preget av usikkerhet. De viste til at ettersom de ikke kunne se hvordan pasientene hadde det inni seg, ble egen kropp noe de brukte som et verktøy for å forsøke å fange opp det øyet ikke kunne se.

Det var to temaer som gikk igjen under intervjuene når informantene snakket om betydningen kroppslige fornemmelser. Det ene temaet var at kroppslige fornemmelser ikke var én ting. Det andre temaet var de funksjonene til de kroppslige fornemmelsene hadde for vurderingsprosessen.

En informant tok med seg bildet som er avbildet under (bilde 11) til intervjuet for å vise meg alt de som behandlere ikke kan se når de gjør selvmordsrisikovurderinger. Hun pekte på alle ordene som tynger mannen som sitter lent framover. Ord som håpløs, patetisk, ond, dum, avskyelig, taper, kraftløs, ødelagt, svak, skitten, ubrukelig, skamfull, en skuffelse, idiotisk, uønsket. De vonde tankene og følelsene beskrev hun som noe de som behandlere er avhengig av at personen sier noe om selv, uten at det betydde at de ikke samtidig kunne se at pasientens kroppsspråk uttrykte at livet var vanskelig. For henne ble bruken av egen kropp viktig for å forsøke å fange opp de *ordene som tyngt pasienten men som hun ikke kunne se.*



Bilde 11: Bilde av mann som lener seg fremover Credits: Unknown (2022) publisert på The Psych clinic © Creative Common

6.3.1 Kroppslige fornemmelser var flere ting

Kroppslige fornemmelser ble beskrevet som forskjellige ting. Informantene brukte ulike ord som *fornemmelser*, *huncher* og *magefølelser* under selvmordsrisikovurderinger. Den empiriske analysen viste at de ulike begrepene ble brukt på litt forskjellige måter selv om de overlappet hverandre.

Bruken av ordet *fornemmelse* ble oftest knyttet til *å få en mistanke om noe*. Dette noe kunne være at pasienten *skjulte noe*, at noe *ikke hang i hop* eller var *ustemt* og ikke *hang på greip*. Dette ble hovedsakelig forklart som noe som hadde sitt opphav i erfaringen. En informant brukte ordet *sense* på samme måte. I begge sammenhenger ble verbet og *å føle* knyttet direkte til det *å fornemme* og *sense*.

Ordet *hunch* ble brukt i sammenhenger hvor informantene fortalte om hvordan de i samtaler eller dialog med pasienter fanget opp noe subtile som de tenkte var viktig å følge opp videre. Også ordene *få en clue*, *catche* og *fange opp* ble brukt på samme måte.

Ordet *magefølelse* fremsto som en restkategori for de *fornemmelsene* som verken lot seg beskrive rent fysisk eller følelsesmessig utover at *det er et noe her* som skaper et ubehag av noe slag. Magefølelser ble knyttet til verbet *å se* og det *å ha på følelsen*. Flere informanter beskrev også at magefølelser i noen sammenhenger først kunne bli tydelige for dem etter de visste utfallet av vurderingen.

Kroppslige fornemmelser ble brukt som en fellesbetegnelse for alle de overnevnte fenomenene. Beskrivelser av hvordan de kjentes ble ikke skilt på, med unntak av magefølelser, og ble av alle omtalt som fornemmelser som kunne sitte i magen, i brystet, som spenninger og stivhet i nakke og rygg. Uro, kvalme og uvelhet. Følelsesmessig og kroppslig uro og nervøsitet.

En gjennomgang av hele datamaterialet viser at de overnevnte begrepene hadde 130 referanser til visuelle observasjoner. Det vil si at når informantene snakket om at de fikk en magefølelse, fornemmelse, hunch, catcha eller sensa knyttet de det samlet 130 ganger til visuelle observasjoner.

Referansene fordelte seg på visuelle observasjoner av pasienter (97), herunder pasientens kropp (50), kroppsspråk (67), ansikt (32) og øyner (22). Atferd (20), humør (13) samspill med andre (6) totaluttrykk (17) kjønnsaspekt (14) pårørende (5) rommet (21) visuelle endringer (18) og visuelle nyanser (7). De to sistnevnte kategoriene var visuelle observasjoner som informantene

knyttet til pasienter de kjente, og endringer de vektla som viktige kliniske observasjoner. Kategorien «totalt uttrykk» var en kategori som informantene ikke kunne spesifisere mer enn at «det var noe med uttrykket til pasienten». Denne kvantifiseringen gjorde jeg fordi jeg i starten av analysen ikke visste hva de visuelle observasjonene betydde for magefølelser. Jeg forsøkte derfor å se etter tema på denne måten, selv om kvantifisering ikke er et mål innen fenomenologien.

Informanter viste også til at disse kroppslige fornemmelser ikke lot seg journalføre og ikke hadde noen plass i en formelle risikovurderingene. *Informant F* viste til at disse fornemmelsene var subjektive parameter som hun ikke tenkte andre ville ha nytte av å lese om, mens Informant A viste til at man skulle være meget forsiktig med å legge magefølelser til grunn for vurderingen.

6.3.2 Identifiserte sensitive temaer

Alle informantene viste til ulike måter de brukte egen kropp som arbeidsverktøy i vurderingsprosessen. Noen beskrev bruken av egen kropp som en forutsetning for vurderingsprosessen mens andre beskrev bruken av egen kropp implisitt. Informantene som beskrev kroppen som en forutsetning for vurderingsprosessen, beskrev kroppen som et måleinstrument. Gjennom bruk av kroppen som et måleinstrument kunne de oppleve å få kroppslige fornemmelser som ga de en ledetråder på hvilke temaer som kunne ha stor betydning for selvmordsrisikovurderingen. *Informant F* beskrev det på denne måten:

Jeg har et trent fokus på meg selv, altså kroppen min som instrument, når jeg sitter i en samtale [...] hvis jeg på en måte merker [en endring i] hvordan ting kjennes sånn tilstandsmessig i kroppen [min], som jeg ikke helt kan sette fingeren på, så har det sannsynligvis noe å gjøre med den jeg snakker med og det vi snakker om. Og det kan være et sånt clue på at her er det noe [vi snakker om] som kan være viktig.

Her beskriver informanten hvordan hun gjennom fornemmelser i egen kropp identifiserte (får et clue om) mulige viktige temaer som kan ha betydning for selvmordsfaren. Fornemmelsen var av en slik karakter at hun ikke helt kan sette fingeren på hva det er, men det oppleves som en tilstandsmessig endring i egen kropp. Selv om hun ikke kunne sette fingeren på hva hun kjente på, så skaper fornemmelsen en særskilt oppmerksomhet på temaet som snakkes om.

De fleste informantene viste til at det ikke nødvendigvis måtte være kroppslige endringer som oppsto *underveis* i samtalen som ledet dem. Det kunne også være endringer i hvordan de følte seg rundt pasienten i den aktuelle samtalen, i kontrast til andre samtaler. Det kunne være at man fornemmet at pasienten unngikk enkelte temaer som selvmordstanker og selvmordsplaner til tross for at pasienten var henvist på grunn av selvmordsfare.

Informant G beskrev hvordan hun kunne kjenne etter på om pasienten tålte at hun snakket om selvmordstanker:

Jeg kjenner jo at jeg bruker min egen kropp, mine egne følelser, min egen energi til å kartlegge hva som skjer med meg i møte med den her pasienten. Kjenner jeg på at jeg trør over noen grenser, føler jeg at jeg blir en fremmed [i rommet], vil pasienten egentlig ikke at jeg skal være her, tåler pasienten at jeg kommer nærmere[når jeg snakker om selvmord]og hvordan reagerer pasienten på meg.

Her viser hun til hvordan pasientens reaksjoner på hennes tilstedeværelse og tilnærming skapte følelser i henne. Disse ble igjen ledetråder på hvor sensitivt selvmordstematikk var for pasienten. Flere viste til at unngåelsesatferd kunne indikere at pasienten hadde planer som hun eller han ikke ville dele. Informant F beskrev at dette var en av grunnene til at det var viktig å fange opp sensitive temaer:

Det kan være mange tolkninger av hvordan en pasient har det inni seg [...] og det kan liksom være to halvdeler [i pasienten] som sier litt ulike ting, uansett hva de [halvdelene] sier. Det kan være både en sårbarhet og åpenhet for å bli forstått, og samtidig lite håp og hvor ting er ganske mørkt ut [...] hvor man på et vis har bestemt seg for ikke å ta i mot en utstrukt hånd, og er nær ved å igangsette et forsøk. Sosial kompetanse kan i høy grad være tilstede [da], og man kan ha en evne til å få seg selv ut av fokus for samtalen, og få seg selv ut av det «terapeutiske blikket» hvor det skal bli oppdaget at man har bestemt seg. Du prøver bare å komme deg dit [til å ta ditt eget liv] så greit som mulig. Så avhengig av hvordan samtalen blir kan det bikke mot begge halvdeler [at du tar imot hjelp eller tar ditt liv]og [derfor]er det viktig at man er opptatt av hva som taler til deg i praksis [...] fange opp ulike signaler, er det noe som virker å skurre på et vis og se om det er noe veldig sensitivt som er viktig for vurderingen.

Her viser hun til at uten sensitiviteten kan man som behandler risikere å ikke fange opp at pasienten får seg selv ut av fokus i samtalen. Man måtte derfor være opptatt av det «som taler til deg i praksis». Fange opp signaler og se etter sensitive temaer. Det kan også være slik at samtalen kan få avgjørende betydning for utfallet dersom ambivalensen er stor.

Samtidig var det også slik at en manglende reaksjon på pasientens væremåte skapte følelser som ble en ledetråd for noen av informantene. *Informant E* beskrev at en slik reaksjon kunne oppstå når noe dramatisk ikke treffer henne i magen:

Jeg kjenner [alltid] etter om det er balanse eller ubalanse i det pasienten forteller [...] og det kjennes samstemt det pasienten sier og det kroppen sier [...] for eksempel hvis folk snakker om noe dramatisk uten at det treffer meg i magen, så er det et varsku.

Hun viser til at det å ikke kjenne noe i magen både var en ledetråd, men også noe hun omtalte som et varsku. Slike varsku ble av informantene omtalt som å få fornemmelser som ga alarmberedskap.

6.3.3 Aktiverte en alarmberedskap når noe skurret

Informantene beskrev mange av sine kroppslige fornemmelser som «et varsku». Dette varskuet utløste en alarmberedskap i informantens kropp som gjorde de ble ekstra forsiktige, og ekstra oppmerksomme på hvorvidt det kunne foreligge en akutt selvmordsfare. Eksempler på slike varsku som de til en viss grad kunne ordsette, var at de kunne få en fornemmelse av at pasienten fremsto som avstengt og hadde snevret inn synsfeltet sitt. Noen brukte ordet kikkertsyn og tunnelsyn for å beskrive disse fornemmelsene. Andre beskrev det som at pasienten ikke virket å lytte til det som ble sagt og fremsto uinteressert i sin egen situasjon.

Andre varsku ble beskrevet som fornemmelser som de i liten grad kunne språksette utover «en knute i magen» eller «et noe» som ga en «uggen følelse». *Informant B* beskrev de tause fornemmelsene på denne måten:

Jeg tror at erfaringen gjør at man kan få en sånn fornemmelse, en knute i magen, på at her er det noe jeg ikke får tak på [...] som du sikkert vil høre mange andre også fortelle om. Det er denne tause kunnskapen. Og når jeg får en slik [knute i magen] og kjenner på en høy alarmberedskap i hodet, så går jeg til en kollega og sier at «her fikk jeg en uggen følelse» og sier jeg vet ikke om jeg burde gjøre noe.

Informanten viser her til fire ting som gikk igjen i de fleste intervjuene når vi snakket om varsku. Et varsku var ofte en kroppslig reaksjon, den var vanskelig å språksette utover «knute i magen», den ga en alarmberedskap som førte til handling. Oftest var dette å konferere med kollegaer.

Dersom informantene opplevde faren for selvmord som stor forsøkte de å igangsette beskyttelsestiltak. Dette kunne være innleggelse i døgnavdeling. Utfordringen var dersom pasienten var samtykkekompetent og benektet selvmordsfare. Dersom informantene likevel opplevde selvmordsfaren som stor ba de om en ny vurdering av en annen behandler. Dette fordi de ikke selv ønsket å bære byrden av å ha gjort en feil vurdering. De kalte det å kunne gå hjem uten en klump i magen.

6.3.4 Ikke ha knuten i magen når pasienten forlot kontoret

Alle informantene tematiserte hvor krevende det er å kjenne på ansvaret for å gjøre riktige vurderinger og at de ofte kjente på å gå hjem med en klump i magen. Flere av informantene fortalte at de kunne slite med å sove, falle til ro og våknet om natten med stor uro for pasienter.

En informant tok med seg bildet på neste side (bilde 12) fordi det minnet henne om en pasient som tok sitt liv. Hun fortalte at hun hadde hatt så stor uro for henne at hun kunne ligge våken på kveldene og lurte på hvordan det gikk med henne. Hun følte seg dratt inn i pasientens øyner, og blikket til pasienten satt fortsatt igjen i henne. Blikket til piken på bildet minnet henne om pasienten. Hun beskrev det som borende, desperat og megetsigende. Trangen til å hjelpe pasienten var så stor at det ofte var henne hun husket på rett før hun skulle sove. Til tross for at hun gjorde alt hun kunne, og pasienten lovet å ikke ta sitt liv, gjennomførte pasienten selvmord. *Informant B* beskrev det å jobbe med mennesker i selvmordsfare slik:

En suicidfare er jo ikke sånn at folk konstant går der, men er det der øyeblikket hvor du ikke holder ut. Kanskje lidelsesuttrykket, smerten, tanken om fremtiden, livet ditt, og det du måtte bære på kan gjøre at folk gjør veldig raske beslutninger. Eller at de har planlagt det over tid, men ikke vil ha hjelp [...] Så det er ikke alltid man kan stole på det som blir sagt og det som skjer når folk går ut herfra.

Det å ikke kunne stole på at pasientene snakket sant når de avkrefte selvmordplaner og lovet å komme til neste time ble tematisert av alle som tungt.

En informant tok med seg bildet under (bilde 12) fordi piken minnet henne om en pasient som hadde gjennomført selvmord. Informanten fortalte meg at hun ofte hadde tenkt på pasienten før hun sovnet, og lurt på hvordan det gikk med henne. Pasientens øyner husket hun som megetsigende og desperate. Som behandler hadde hun følt seg dratt mot å hjelpe henne. I ettertid husket hun blikket hennes som borende, som at de ønsket å si henne noe. Til tross for at informanten hadde gjort det hun kunne for å hjelpe henne, hadde pasienten likevel gjennomført selvmord. I ettertid hadde informanten følt på mye skyld og lurt på hva hun ikke hadde skjont.



Bilde 12: *Pike med perleøredobb* av Johannes Vermeer Vermeer (ca. 1665)©
Creative Commons

Flere av informantene jobbet daglig med pasienter som hadde vedvarende selvmordstanker som de delte eksplisitt. To av informantene beskrev det som å jobbe med mennesker som kunne dø når som helst og de lurte av og til på hvorfor de frivillig tok på seg et sånt ansvar. *Informant A* beskrev det slik:

Som sagt, gitt viljen er fri. Så er selvmordsrisikovurderinger som å spå i fremtiden. Men vi prøver [...] Vi jobber jo med mennesker som vi vet kan dø når som helst [...] og som en kollega av meg en gang sa. Tenk at vi [dag etter dag] helt frivillig legger hodet vårt på blokka. For det er litt der. Man går inn i noe. Hvis du ikke tar det, så har du gjort en feil.

Det informanten viser til her er det store ansvaret de er pålagt også juridisk. Samtidig visste alle informantene til at de visste at en selvmordsrisikovurderinger ikke nødvendigvis kan fange opp alle pasienter. I tillegg lever pasientene sine liv mellom samtalene. *Informant G* beskrev det slik:

Selvmordsrisikovurderinger er jo en ferskvare [...] Folk lever sine liv mellom samtalene, og i relasjoner med andre mennesker [...] Det er mange ting vi ikke rår over [...] Mange usikkerhetsmomenter [...] Hva kan jeg garantere for?

Spørsmålet hun stiller her «hva kan jeg garantere for?» ble stilt av alle som det spørsmålet de til syvende og sist måtte ta stilling til i selvmordsrisikovurderingen. Flere viste til at den endelige vurderingen måtte være slik at de kunne stå inne for den. Her viste de til at de måtte kunne føle det i magen at de kunne lukke døren og gå hjem. *Informant B* beskrev det slik:

«Man må ikke la personen gå før man kan stå inne ved det. At jeg føler det [i magen] at jeg kan lukke kontordøra og gå hjem [...] uten klump, men den kan jo være der likevel [...] man kan jo aldri vite hva som skjer når pasienten går ut døren.»

Denne uvissheten og behovet for å føle det i magen fremsto som en av de viktigste følelsene ved endt vurdering.

6.4 Oppsummering av datamaterialet

Informantene beskrev at erfaring hadde betydning for hvor man rettet oppmerksomheten under en selvmordsrisikovurderingsprosess, og at valg av fokus og innramming av vurderingen fikk betydning for selvmordsrisikoens synlighet. De viste til at ettersom man som behandler ikke kan se hvem som er i selvmordsfare med øynene, måtte de som behandlere fortolke ytre tegn og signaler fra pasientene.

Fortolkning av tegn og signaler ble av informantene beskrevet som avhengig av erfaringsbakgrunn, kunnskapsbase og kontekst. På ulike måter kunne disse forholdene både bidra til å muliggjøre og begrense hvorvidt de klarte å fange opp tegn og signaler fra pasienter.

Visuelle inntrykk ble beskrevet som viktig for alle informantene i vurderingsprosessen. Fem temaer hvor visuelle inntrykk utpekte seg som spesielt viktige, var informantenes vurdering av samstemthet, troverdighet, kontakt, balanse og grad av allianse. I dette arbeidet ble bruk av egen kropp viktig for å fange opp det øyet ikke kunne se.

Kroppslige fornemmelser ble beskrevet som flere ting. Magefølelser fremsto som en restkategori som informantene ikke klarte å språksette. Til tross for at informantene ikke klarte å språksette magefølelsene, hadde de betydning for informantenes evne til å identifisere sensitive temaer under vurderingsprosessen, aktivering av alarmberedskap og informantens behov for selv å kunne stå inne for vurderingen.

Kort sagt, informantene brukte sine sanser aktivt i selvmordsrisikovurderingen.

7 Drøfting

I dette kapitlet diskuterer jeg resultatet av analysen med støtte i Betschs (2008) definisjon av magefølelser, Neissners modell av den perseptuelle syklus (gjengitt i Teigen, 2002), Ringel (1976) og Pöldingers (gjengitt i Retterstøl, 1995a) modeller av selvmordsprosessen, støtteteori og relevant forskning.

Jeg starter diskusjonen med en drøfting av hvordan jeg kan tilnærme meg å undersøke magefølelsenes opphav. Deretter diskuterer jeg datamaterialet opp mot denne tilnærmingen, for deretter å bevege meg over til magefølelsenes funksjon under vurderingsprosessen. Jeg avslutter drøftingen med en konklusjon.

7.1 Magefølelsenes manifestasjoner

Informantene beskrev magefølelser som en kroppslig fornemmelse som de ikke kunne språksette, forklare eller nødvendigvis forstå i øyeblikket. Fornemmelsen kunne fremstå som en diffus opplevelse av at *noe skurret* eller en uforklarlig *indre uro*. Et eksempel på dette er fortellingen om det siste møtet med pasienten som virket så oppstemt og glad. Informanten fortalte at det var noe som skurret, men hun visste ikke hva. Hun kunne ikke språksette det eller forstå det utover at *det var noe der* som *på ett eller annet vis skurret*, men der og da ga ikke fornemmelsen en direkte opplevelse av at det handlet om selvmordsfare.

Liknende beskrivelser av magefølelsenes manifestasjoner kommer også frem i et studie av Rytterström et al. (2019). I dette studiet ble magefølelsene beskrevet som uartikulerte

fornemmelser som først ga mening etter at en pasient hadde gjennomført selvmord. Dette ble også beskrevet i et studie av Vråle (2014). Informantene i hennes studie viste videre til at selv om de kunne kjenne på kroppslige fornemmelser opplevde de likevel selvmordet som overraskende.

De kroppslige fornemmelsene som blir beskrevet av informantene i mitt studie, studiet til Rytterström et al. (2019) og studiet til Vråle (2014) er alle i tråd med Betschs (2008) definisjon av magefølelser.

Betschs (2008) beskriver magefølelser som noe uartikulert som kommer til uttrykk som en følelse. Personen som erfarer denne følelsen kan verken gjøre rede for hvor den kommer fra eller hva som har utløst den. Denne følelsen må ikke forstås slik som Kirkebøen (2012) beskriver at magefølelser gjerne beskrives innenfor New-age bevegelser. I slike bevegelser blir magefølelser sett på som *en red line above* (Betsch, 2008). Psykologiske fag ser på magefølelser som en kunnskapskilde, ikke som noe magisk eller okkult med overnaturlige konnotasjoner (Betsch, 2008); Kirkebøen (2012).

Betsch (2008) definerer magefølelser som en automatisk og ubevisst bearbeiding av stimuli. Utfallet av denne informasjonsbearbeidingen er en følelse som ikke lar seg språksette. Det er ikke en magefølelse om følelsen ikke har sitt opphav i et ytre stimuli.

Informantene i min oppgave viste hovedsakelig til visuelle observasjoner når de beskrev situasjonene hvor de opplevde å få en kroppslig fornemmelse. Lakoff & Johnson (1980) viser til at verbet *å se* er en metafor, og at vi bruker metaforer for å beskrive og strukturere den verden vi lever i. (s. 7-9). Jeg åpner derfor opp for at man kan forstå informantenes bruk av verbet *å se* som en metafor for å beskrive noe som ikke kan relateres direkte til synet. Imidlertid er synet vår mest dominerende sans i hverdagen (Martin, Carlson & Buskist, 2010b), og jeg tenker derfor at synet er den sansen som vil være mest fruktbar å legge til grunn når jeg leter etter magefølelsenes opphav. Betsch (2008) stiller et ufravikelig krav om at følelsene må utløses av et ytre stimuli.

7.1.1 Magefølelser som et møte mellom stimuli og hukommelse

Informantene beskrev selvmordsrisikovurderinger som arbeidssituasjoner hvor de aktivt måtte bruke sansene sine for å fange opp tegn og signaler fra pasientene. Ettersom jeg spesifikt spurte

om visuelle inntrykk var det visuelle tegn og signaler fra pasienter som ble beskrevet av informantene. Eksempler på dette var ansiktsmimikk, kroppsspråk, pasientens sykehusrom, samspill med pårørende og ytre atferd på sengeposten. Dette er beskrivelser som har sitt opphav i ytre stimuli.

Bearbeiding av ytre stimuli kalles persepsjon (Martin, Carlson & Buskist, 2010c) I følge Neissners modell for den perseptuelle syklus (1976, gjengitt i Teigen, 2002, s. 76) er persepsjonsprosessen styrt av vår oppmerksomhet. Prosessen består av at vi aktivt utforsker forhold ved våre omgivelser, men hva vi fanger opp under denne prosessen er styrt av formålet med utforskningen.

Jeg tenker at informantenes arbeidsform under selvmordsrisikovurderinger, kan sammenliknes med Neissners modell. Informantenes beskrivelser viste til en aktiv utforskning av de stimuli som de fanger opp, og at utforskningen hadde et klart formål. Formålet var å vurdere selvmordsfare. Jeg tenker derfor at Neissners modell er godt egnet til å tilnærme seg Betsch (2008) krav til at magefølelser må ha et ytre stimuli.

Neissner (1976, gjengitt i Teigen, 2002, s. 76) viser også til at det stimuli vi fanger opp under vår utforskning av våre omgivelser, blir bearbeidet av kunnskap vi har fra tidligere. Her tenker jeg at Neissners modell møter Betsch (2008, s. 4) definisjon av magefølelser på en slik måte at de kan utfylle hverandre.

På den andre siden stiller Betsch (2008) krav til at det ytre stimuli må bearbeidet av kunnskap som er lagret i langtidshukommelsen. Denne kunnskapen skal være lært gjennom assosiasjonslæring. Howes (2007, s. 293-294) definerer assosiasjonslæring som en læringsprosess hvor vi lærer oss å assosiere to eller flere objekter eller hendelser med hverandre. Dette skiller seg fra Neissners modell ved at Neissner (1976, gjengitt i Teigen, 2002, s. 76) viser til at det stimuli vi fanger opp bearbeides av ulike typer kunnskap og bakenforliggende forståelsesstrukturer. De ulike typer kunnskap kan være ervervet gjennom assosiasjonslæring, men det kan også være andre former for læring som ligger til grunn for kunnskapen. I tillegg vil forventinger om hva vi kan komme til å se, antagelser om verden og hjernens måter å organisere stimuli på, påvirke hva vi oppfatter.

Imidlertid tenker jeg at Betsch (2008) krav til kunnskapsform ikke er til hinder for å bruke Neissners modell. Det er to grunner til dette. De ene grunnen er at Svartdal (2002) viser til at læring kommer til uttrykk på ulike måter og er derfor vanskelig å klassifisere kategorisk.

Assosiasjonslæring kan forstås på en bredere måte enn assosiasjon mellom to eller flere objekter eller hendelser. En måte man kan forstå assosiasjonslæring er også ved å assosiere ytre stimuli med hvilken betydning de kan ha (Svartdal, 2002).

Den andre grunnen er at vi har assosiasjonsområder i hjernen. Hjernebarken vår har 20 milliarder nerveceller og disse nervecellene forbindes på ulike måter. En stor mengde av disse nervecellene utgjør nettverk som kalles assosiasjonsområder (Brodal, 2007a). Hit kommer stimuli fra reseptorene og her behandles stimuli i et hierarki for informasjonsbearbeiding (Martin, Carlson & Buskist, 2010b). Det vil si at det en behandler ser under en selvmordsrisikovurdering er ikke en direkte overføring av stimuli, men resultatet av en automatisk og ubevisst fortolkningsprosess.

Denne fortolkningsprosessen skjer i flere faser. I de første assosiasjonsområdene blir stimuli behandlet fra én sans og kalles derfor unimodale assosiasjonsområder. Når de unimodale assosiasjonsområdene er ferdige med å bearbeide informasjonen fra en sans, sender de ferdigbehandla informasjonen videre til neste assosiasjonsområde. Disse områdene behandler og integrerer sansestimuli fra flere sanser, og kalles derfor polymodale assosiasjonsområder. Til slutt blir informasjonen sendt til områder av hjernen hvor den blir assosiert med vår hukommelse. Herunder kunnskap vi har lært gjennom kompleks assosiasjonslæring (Brodal, 2007a; Martin, Carlson & Buskist, 2010b).

Med bakgrunn i dette tenker jeg at Neissners modell av den perseptuelle syklus (1976, gjengitt i Teigen, 2002, s. 76) og Betsch (2008) definisjon av magesfølelser utgjør en teoretisk forståelsesramme for å diskutere magesfølelsenes mulige opphav. I diskusjonen videre blir jeg å drøfte resultatet av analysen min med utgangspunkt i hvordan informantene fortalte at de jobbet under selvmordsrisikovurderinger.

7.1.2 Valgte innfallsvinkler til å diskutere opphavet

Jeg starter med å se på betydningen av daglige pasientmøter med pasienter som er selvmordsnære, og hvordan daglige møter kan danne grunnlaget for implisitt mønsterlæring. Deretter ser jeg på hvordan informantene jobber med å fortolke pasientens ansikt og kropp, med vekt på visuelle persepsjonsprosesser.

7.2 De daglige pasientmøtene med selvmordsnære

Informantene hadde en yrkeserfaring innenfor psykisk helsevern på mellom 7 og 30 år, hvor de fleste hadde rundt 20 års erfaring. De fleste informantene jobbet til daglig med pasienter som var selvmordsnære. Fra resultatet av analysen kommer det frem at de daglige pasientmøtene over år har medført at de har endret sin tilnærming til selvmordsrisikovurderinger. Vissheten om at man ikke kunne se at noen var i selvmordsfare, og vissheten om at sjekklisten ikke var et velegnet verktøy, hadde dreid fokuset fra rutinespørsmål til å skape trygge rammer hvor pasienten selv kunne synliggjøre sine selvmordstanker og selvmordsplaner

Pasienter som er i fasen mellom å ha selvmordstanker og selvmordsplaner beskrives å være i en selvmordsprosess. Denne selvmordsprosessen beskriver Retterstøl (1995a) som et forløp som utfolder seg i et dynamisk samspill mellom personen i selvmordsfare og personens omgivelser. Med tanke på at Walby et al. (2021) viser til at median antall dager fra siste kontakt til en pasient gjennomfører selvmord er 11 døgn, tenker jeg at det er grunn til å anta at helsepersonell inngår i dette dynamiske samspillet forut for et selvmord. Vel halvparten av pasientene som gjennomførte selvmord hadde i tillegg en sykehistorie på over 5 år (Walby et al., 2021).

Informantene i mitt studie viste til at kontakt, balanse og allianse var tre sentrale forhold de vurderte når de gjennomføre selvmordsrisikovurderinger. Viktigheten av å vurdere disse forholdene kan man knytte til Erwin Ringels og Walter Pödingers beskrivelser av pasienters atferd forut for et selvmord.

Ringel (1976) viser til at pasienter forut for et selvmord opplever en situasjonsbestemt og dynamisk innsnevring. Disse innsnevringene beskriver han som at pasientene gjennomgår en ensidig utvikling som leder til at pasienten får et *frozen perspective*. Det som kjennetegner dette perspektivet er at pasientenes opplevelse av seg selv og omverden går i lås. Det endelige utfallet av dette perspektivet er at pasienten ikke har evne til å stå i mot impulser om å gjennomføre selvmord. Jeg forstår dette som et atferdsmønster som Ringel tenker kan gjenkjennes hos personer som er i en selvmordsprosess.

7.2.1 Implisitt mønsterlæring

I datamaterialet er det mange eksempler på at informantene beskriver at de vurderer kontakt, allianse og balanse. Eksempler på dette er at de forteller at de vurderte om det var balanse i

pasientens utviklings- og endringsprosesser, og om pasientene hadde en nyansert forståelse av seg selv og omverden. De viste til at nedsatt kontakt kan oppleves som at pasienten er avstengt, at pasienten ikke følger med når de snakker, at pasienten snur seg vekk i samtalen eller at pasienten ikke tar til seg det som blir sagt i rommet. Andre ord de brukte for å beskrive følelsen av nedsatt kontakt var at pasienten hadde tunnelsyn, kikkertsyn, eller hadde snevret inn synsfeltet sitt. Dette knyttet de nært til hvorvidt de følte at de hadde en allianse med pasienten eller ikke.

Imidlertid er et *frozen perspective* slik Ringel (1976) beskriver det, ikke statisk. Pöldinger (1968) gjengitt i Retterstøl (1995a) beskriver at selvmordsprosessen beveger seg mellom ulike stadier av ambivalens. Det første stadiet beskriver Pöldinger som et overveielsesstadium, det andre som et ambivalensstadium og det tredje stadiet som et avgjørelsesstadium. I avgjørelsesstadiet kan pasienten fremstå rolig og ha begynt å gjøre opp for seg selv ved å rydde, gi bort eiendeler og sikre familien økonomisk.

Informantene i mitt studie har en annen erfaring enn både Ringel og Pöldinger når det kommer til synligheten og tydeligheten av selvmordsprosessen. Mine informanter sa tydelig at man kan ikke se hvem som kommer til å ta sitt liv. De var klare på at de hadde kunnskap om risikofaktorer og selvmordsprosessen. Likevel så var det ikke mulig å se hvem som kom til å ta sitt liv. Jeg tenker at dette kan forklares med at Ringer og Pöldingers modeller har en tilbakeskuende analyse, som informantene i mitt studie kanskje forsøker å bruke for å avdekke noe som kan skje.

Det interessante med at informantene var så klare på at de ikke kunne se hvem som var i fare med å ta sitt liv, er at dersom de hadde et bevisst forhold til at *det var et noe de kunne se* og at *dette noe de så ga dem en følelse*, så hadde ikke synet kunne være opphavet til en magesfølelse.

Betschs (2008, s. 4) krav til at et ytre stimuli må bearbeides av kunnskap som er lært gjennom assosiasjonslæring, betyr at innlæringen må ha skjedd implisitt, ubevisst og uten at personen har gått inn for å tilegne seg denne kunnskapen (Howes, 2007). Howes (2007) viser videre til at assosiasjonslæring som oftest skjer gjennom en daglig eksponering og implisitt læring av komplekse mønster.

Svartdal (2002) viser til at dersom det oppstår endringer i atferd som følge av erfaring viser dette at det foreligger en læring. Som nevnt tidligere har informantene beskrevet hvordan de

daglige pasientmøtene har ført til endringer i måten informantene gjennomfører selvmordsrisikovurderinger.

Læringen kan ligge i at en gjentatt eksponering for atferdsmønster forut for selvmord har ført til at informantene implisitt har lært seg å assosiere atferdsmønster og selvmordsfare. Informantenes lange karrierer innenfor psykisk helsevern og daglige møter med pasienter øker sannsynligheten for at denne kunnskapen har konsolidert seg som kunnskap i langtidshukommelsen

7.2.2 Erfaringens mulige slagside

På den andre siden er det ett forhold ved læringsprosesser som kan utfordre den overnevnte forståelsen av å lære seg atferdsmønster på bakgrunn av gjentatt eksponering for et stimuli. Dette er fenomenet som innenfor læringspsykologi kalles for habituering.

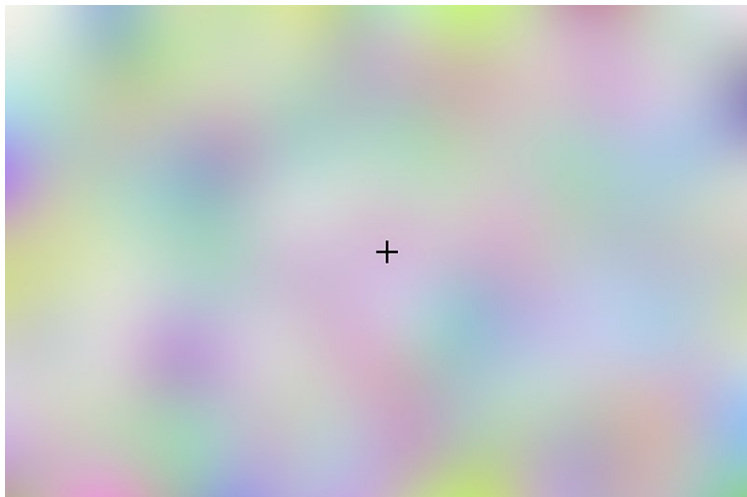
Svartdal (2002, s. 110) definerer habituering som en person svekkede respons på et stimuli som personen får presentert gjentatte ganger. Han viser til hvordan vi gradvis ikke hører en tikkende klokke. Det kan derfor tenkes at hvis man daglig jobber med mennesker som er selvmordstruet kan reaksjoner som før var sterke bli svakere. Derav at man ikke vil reagere like sterkt på atferdsmønster som en uerfaren ville gjort. Dette styrkes ved at flere studier viser at å jobbe med pasienter som er selvmordstruet kan gi et behov for å beskytte seg selv og distansere seg selv mot den emosjonelle belastningen arbeidet innebærer (Talseth, 2001; Ying et al., 2021).

Imidlertid viser forskning på *etterlatte behandlere etter selvmord* at de tvert imot utvikler en økt sensitivitet opp mot selvmordsatferd i møte med pasienter (Bjørke-Bertheussen et al., 2018). Dette ble også tematisert under et *Webinar for etterlatte behandlere ved selvmord* (04.04.2021) som ble holdt i regi av Universitetet i Oslo ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og – forebygging. Her ble både økt sensitivitet og årvåkenhet tematisert. Således kan man tenke seg at habitueringseffekter virker lite sannsynlig når man arbeider med selvmordsforebygging. Dette forsterkes av at det også ble tematisert at de etterlatte behandlerne hadde sterke reaksjoner som selvransakelse og selvbebreidelse etter at en pasient hadde gjennomført selvmord.

Neissners modell av den perseptuelle syklus (1976, gjengitt i Teigen, 2002, s. 76) vektlegger at det vi oppfatter av våre omgivelser er styrt av oppmerksomheten vår. Modellen tenker jeg

derfor styrker argumentasjonen om at habituerings effekter virker lite sannsynlig innenfor selvmordsforebygging. Måten oppmerksomheten vår påvirker oppfattelsen av visuelt stimuli kan illustreres av The Troxler Effect.

The Troxler Effect er en optisk illusjon (bilde 13). Bonne et al. (2014) beskriver denne optiske illusjonen som et eksempel på hvordan synet vårt slutter å reagere på konstant stimuli. Ved å holde bildet ca. 30 cm fra ansiktet og se på krysset i bildet 20 sekunder, uten å røre øynene, vil alle fargene og mønsteret gradvis forsvinne. Dersom du beveger øynene dine, vil bildet komme raskt tilbake.



Figur 3: *The Troxler-Effect* © Creative Commons (Bautsch, 2018)

Slik jeg forstår Neissners modell er det å bevege øynene en aktivitet som er styrt av oppmerksomheten. The Troxler Effect mener jeg derfor kan illustrere hvorfor habituering virker lite sannsynlig. Informantene i mitt studie var opptatt av anvende flere perspektiver under vurderingsprosessen, og sjonglere mellom det en informant kalte et terapeutisk blikk, skråblikk og ordinært blikk. Informantenes tilstreben etter å se pasienten og pasientens situasjon fra ulike ståsted tenker jeg kan sammenliknes med å bevege øynene når man ser på bildet The Troxler Effect.

7.2.3 En ubevisst registrering av mønster?

Jeg tenker at diskusjonen rundt hvordan daglige pasientmøter kan føre til en implisitt mønsterlæring, viser at en ubevisst og automatisk assosiasjonslæring i praksis virker sannsynlig. Betschs (2008) krav til opphavet av en magefølelse oppfylles gjennom at et stimuli (atferdsmønster) registreres ubevisst, og at dette stimuli bearbeides automatisk og ubevisst av kunnskap i langtidshukommelsen (mønsterlæring), og at utfallet av denne bearbeidingen er en følelse som informantene ikke vet opphavet til.

7.3 Forsøket på å se innsiden av pasienten

Informantene var opptatt av at man som behandler ikke kan se innsiden av pasienten. De viste også til at pasienter kunne forsøke å skjule sine selvmordstanker og selvmordsplaner. Eksempler på dette var fortellingen om pasienten som kom oppstemt til timen, og fortalte at nå skulle det bli andre boller.

Denne vissheten om at noen pasienter skjuler sine selvmordstanker og selvmordsplaner, forsto jeg som en av hovedgrunnene til at de var opptatt av å se om pasientens verbale og ikke-verbale språk var samstemt. Samstemthet var nært knyttet til troverdighet. Troverdighet forsto jeg som nært knyttet til opplevelsen av balanse.

Informantene fortalte at de på ulike måter forsøkte å ta stilling til samstemthet, troverdighet, kontakt, balanse og grad av allianse. Eksempler på hva de vurderte var øyne, blikk, ansiktsmimikk, hodestilling, kroppsspråk, gester og kroppsorientering. De vurderte disse elementene hver for seg, men også opp mot hverandre.

7.3.1 Vissheten om at noen forsøker å skjule sine planer

Innenfor kognitiv nevrovitenskap er det et forskningsfelt som undersøker vår evne til å forestille oss andre personers sinnsstemning. Dette forskningsfeltet kalles *Theory of Mind* (Brodal, 2007a). Innenfor denne forskningstradisjonen har hovedfokuset vært rettet mot å få økt kunnskap om hvordan hjernen bidrar til vår evne til å dra slutninger om andre personers sinnstilstand.

Forskning innenfor *Theory of Mind* har avdekket at vi har mange antagelser om hvordan mennesker oppfører seg når de skjuler noe. Martin, Carlson & Buskist (2010d) gir eksempler på slike antagelser. Disse antagelsene er at mennesker som skjuler noe har flakkende blikk, unaturlig kroppsstilling, fikler med fingrene, tar seg selv på ansiktet, tukler med sitt eget hår, holder en hånd over munnen eller skjuler øynene sine. Ekman & Friesen (1974) kaller disse kroppsfenomenene som en kroppslekkasje (body leakage).

Et eksempel på hvordan informantene kunne beskrive *kroppslekkasjer* er sitatet til informanten som fortalte om hvordan hun kunne *se at kroppen ikke holdt på smerten*. Hun beskrev at når smerten ble for stor, kunne man av og til se det som kroppsspenninger, uro, fikling og et kroppsspråk hun tolket som pasientens ønske om å forlate rommet.

Beer (2009) har forsket på hvordan hjernen fortolker ansiktsuttrykk, og hvordan vi fortolker forholdet mellom verbal og ikke-verbal kommunikasjon. Beer viser til at vi fester mest lit til den ikke-verbale kommunikasjonen. Holte (2011) kaller dette for visual primacy, det vil si at synet vårt har forrang over auditive informasjon, dersom de to ikke samstemmer.

Vi kan forstå visual primacy på den måten, at dersom en pasient sier at «alt er bra», men kroppen ikke holder på smerten, vil en behandler ut fra forskningen til Beer (2009) og Holte (2011) med stor sannsynlighet ikke feste lit til at «alt er bra». Denne formen for leting etter tegn og signaler omtaler Rytterström et al. (2019) som å *lete etter de stille beskjeder* (finding the silent message) hos pasientene.

Rytterström et al. (2019) beskrivelse av å vurdere selvmordsfare som å *lete etter de stille beskjeder* (finding the silent message) kan også forstås på en annen måte. I datamaterialet mitt kommer det frem et eksempel på at en informant flere ganger har erfart at pasienter kan legge ut hint om at de har det vanskelig. I denne sammenheng viste hun til at noen pasienter kunne legge frem synlige barberblader. Å *lete etter de stille beskjeder* kan derfor også handle om å fange opp et ønske om å bli oppdaget. Imidlertid forstår jeg av datamaterialet at man ved selvmordsrisikovurderinger vil være mest opptatt av om pasienter er ærlige på at de ikke kommer til å ta sitt. Jeg vektlegger derfor denne siden av vurderingen i diskusjonen.

7.3.2 Stimuli fra pasientens ytre

Informantene beskrev at visuelle inntrykk hadde betydning for hvordan de vurderte pasientenes psykiske status presens, grad av selvivaretagelse, lidelsesuttrykk, følelsesstabilitet, energinivå og stemningsleie. Ansiktet ble fremhevet som den delen av pasientens ytre som ga dem mest informasjon under vurderingen. De fulgte aktivt med på øynene, munnen, hudfarge og mimikk. Forhold de vektla ved disse elementene var fravær av mimikk, rødmussethet, svette, tårer, smil og hvorvidt følelsesuttrykk fremsto ekte. Hvorvidt et følelsesuttrykk fremsto ekte ble av informantene knyttet til om kroppen og det verbale snakket samme språk.

Forskning viser at behandlere blir eksponert for 5000 gester i en klinisk konsultasjon (Holte, 2011). Sperling (2013) viser til at vi trenger bare å bli eksponert for et visuelt stimuli i 50 millisekunder for å registrere dette ubevisst, men at kroppsspråk fanger vi trolig opp enda raskere. Dette betyr at informantene i *hver eneste samtale* blir eksponert for massive nonverbale tegn som de ikke har et bevisst forhold til.

Mangfoldet av nonverbale tegn er større enn gester alene. Holte (2011) viser til at forskning har avdekket at mennesket kan produsere over 700 000 fysiske tegn, og at bare ansiktet alene kan produsere 250 000 uttrykk. Muskulaturen i ansiktet kan generere 20 000 uttrykk, mens kroppen kan generere 1000 ulike kroppsstillinger. Å lete etter en stille beskjed i dette mangfoldet av mulige non-verbale uttrykksmåter er ikke lett.

Thornquist (1998) viser til at kroppsspråk og ansiktsmimikk ofte er tvetydig. Når det kommer til troverdighet viser Ekman & Friesen (1974) til kroppen, i større grad en ansiktet, lekker informasjon som holdes tilbake. I mitt datamateriale var det likevel ansiktet og fortolkning av ansiktet det som informantene var mest opptatte av. Ettersom Neissner modell av den perseptuelle syklus (1976, gjengitt i Teigen, 2002, s. 76) vektlegger at oppfattelse av omverden er styrt av oppmerksomheten, tenker jeg at det er viktig å ta utgangspunkt i ansiktet for å lete etter en mulig visuell inngangsport på å forklare på magefølelser.

7.3.3 Ansiktsperspeksjon

Analysen av datamaterialet viste at informantene sammenlagt hadde 32 referanser til pasientens ansikt, når de snakket om egne kroppslige fornemmelser. Eksempler på formuleringer som ble brukt var at *ansiktet på en måte var avflatet*, at det virket som *mimikken var overdreven* og at det *virket ikke som det var ekte*. Ved å formulere seg gjennom *på en måte og det virket som*

fortolker jeg det som at de ikke hadde ord for hva de eksakt så, men det kunne på et vis minne om beskrivelsene de klarte å formulere.

Tre av fortellingene som informantene delte fra sine siste møter med pasienter forut for et selvmord, viste til at det var noe de stusset på med pasientens ansikt. Den ene fortellingen handlet om en *påtatt oppstemthet*, den andre fortellingen handlet om en *avflatenhet* og den tredje handlet om *et smil som fremsto som merkelig*.

Martin, Carlson & Buskist (2010b) viser til at vi trolig har en medfødt evne til ansiktspersepsjon. Denne evnen beskriver de som viktig for vår overlevelse. Allerede som spedbarn er vi avhengig av å fortolke våre omsorgspersoners ansikt. Ekman & Friesen (1974) har gjennom sin forskning på ansiktsmimikk på tvers av kulturer, funnet holdepunkt for at de grunnleggende emosjonene vi viser gjennom bruk av ansiktsuttrykk er kulturuavhengige.

Leder & Carbon (2006) viser til at vi har egne skjemaer som er ansikts-spesifikke. Hvordan ansikts-spesifikke skjemaer fungerer kan illustreres ved den optiske illusjonen The Thatcher Effect (bilde 14)

The Thatcher Effect illustrerer hvordan de ansiktsspesifikke skjemaene fører til en automatisk konfigurering i hjernen. Denne konfigureringen sammenlikner og gir informasjon om relasjonelle forhold i ansiktet. Eksempler er avstanden mellom munnviker og øyner. Denne automatiske konfigureringen fungerer ikke når et ansikt er vendt opp ned. Et raskt blikk på dette bildet vil derfor bare gi en fornemmelse av at det er noe med ansiktet (Grüter, Grüter & Carbon, 2008; Leder & Carbon, 2006)



Bilde 13: Illustrasjonsbilde av the Thatcher effekt. Bildet er redigert av meg i dataprogrammet ProCreate, men opprinnelig bilde er fra Pexels (2022b) og underlagt ©Creative Commons

Dersom du snur bildet opp ned, vil du raskt se et fordreid ansikt. Endringen skyldes at ansiktsspesifikke skjemaer aktiveres. Dette kan forklare hvorfor informantene kan vise til at det var et noe. Årsaken er at flere fortalte at pasientene kunne ha en fremoverlent kroppsholdning, noe som vil påvirke oppfattelsen av ansiktet og aktivering av ansiktsspesifikke skjemaer. Med tanke på at Sperling (2013) viser til at vi bare trenger å bli eksponert for et stimuli i 50 millisekunder for å registrere det ubevisst, kan en endring i hodevinkel gi en fornemmelse vi ikke kan vite opphavet til.

7.3.4 Fasadesmilet og The Duchenne Smile

En av informantene tok med seg et bilde av en mann som smilte ved hjelp av klesklyper. Hun viste til at smilet ikke var ekte fordi smilet ikke nådde mannens øyner. Informanten beskrev det slik at dersom man *hadde sluppet klesklypene kunne det like gjerne være et gråteansikt*. Informanten kalte dette smilet for fasadesmilet og et slikt smil kunne gi henne en følelse på at noe var galt. Selv om dette eksempelet i seg selv ikke oppfyller kravet til Betsch sin definisjon, kan det likevel tjene som en innfallsvinkel til å forstå et mulig opphav for magesfølelser.

Ekman & Friesen (1974) har forsket på hva som kjennetegner et ekte smil. Gjennom forskning på aktivering av ansiktsmuskulatur har de kommet frem til at *et ekte smil* kjennetegnes av at munnvikene heves og øyemuskulaturen aktiveres. Aktiveringen av øyemuskulatur vises gjennom at øynene blir litt smalere og hevet på sidene. Det ekte smilet har fått navnet *The Duchenne Smile* (Martin, Carlson & Buskist, 2010a).

Betschs (2008) definisjon av magesfølelser består av både en beskrivelse av hva det er (en følelse som ikke lar seg artikulere) og gir noen kriterier for hva som må ligge til grunn for at denne følelsen kan kalles en magesfølelse. En av de tingene han legger til grunn for dette er at følelsen ikke kan ha et kjent opphav for den som opplever følelsen, og følelsen må ha oppstått på bakgrunn av ubevisste og automatiske prosesser. Det betyr at de delene av datamateriale i mitt studie, hvor informantene kan identifisere og artikulere sine kroppslige fornemmelser, ikke oppfyller kravet til Betsch definisjon. Imidlertid betyr ikke dette at ikke disse kroppslige fornemmelsene kan ha betydning for hvordan vi kan forstå opphavet til magesfølelser.

Neissners modell av den perseptuelle syklus (1976, gjengitt i Teigen, 2002) beskriver persepsjon som en aktiv prosess. Prosessen beskriver han som en *perseptuell aktivitet* som er styrt av vår oppmerksomhet. Stimuli vi fanger opp under denne aktiviteten bearbeides av ulike

typer kunnskap vi allerede har. Prosessen er automatisk og ubevisst, og gir oss en direkte opplevelse av våre omgivelser. Jeg tenker selvmordsrisikovurderinger kan være et eksempel på denne typen perseptuell aktivitet. Årsaken til dette er at informantene forteller at de bruker øynene aktivt under vurderingen for å tilegne seg informasjon om pasienten. Denne formen for undersøkelse av omgivelsene har et formål.

Som Neissner viser til, bearbeides synsinntrykk av kunnskap vi har fra tidligere. Gregory (1998) illustrerer dette med at lysbølger er det opprinnelige stimuli som treffer netthinna. Disse lysbølgene bærer ikke med seg et meningsinnhold i seg selv. For at lysbølgene skal gi mening må vi fortolke dem ut fra bakenforliggende strukturer og tidligere ervervet kunnskap. Dette kan sammenlignes med hvordan Zahavi (2003) beskriver fenomenologiens vektlegging av hvordan de bakenforliggende forståelsesstrukturene påvirker hvordan vi oppfatter og forstår våre omgivelser.

Neissner (1976, gjengitt i Teigen, 2002) viser i sin modell til at vi sammenlikner visuelt stimuli med skjemaer vi allerede har. Leder & Carbon (2006). Med utgangspunkt i Ekman & Friesen (1974) og *The Duchenne Smile* kan vi tenke oss at vi har et skjema for et ekte smil, eller som inngår i de ansiktsspesifikke skjemaene som automatisk aktiveres når vi ser ett ansikt rett vei. Magefølelsenes mulige opphav i ansiktsspesifikke skjemaer kan forklares ved forholdet mellom stimuli og den psykologiske opplevelsen.

7.3.5 Forholdet mellom stimuli og den psykologiske opplevelse

Forholdet mellom stimuli og den psykologiske opplevelse er logaritmisk. Dette kalles Fechners lov (Teigen, 2002). Loven viser til at det må en viss mengde stimuli til for at vi overhodet skal oppleve et stimuli (som et smil) og at stimuli (smilet) må mer enn dobles for at vi skal oppleve en forskjell i intensitet. Dette kalles den *absolutte terskel* og *forskjellsterskelen*. Det sentrale med denne loven er at den sier hva som skal til for at vi oppfatter noe bevisst, ikke hva som skal til for at vi oppfatter noe ubevisst. Et studie av Mackay (1973) viser at vår fortolkning av tvetydighet også bestemmes av bakgrunnsstøy vi ikke har et bevisst forhold til.

På bakgrunn av dette tenker jeg at vi med utgangspunkt i Betschs (2008) definisjon av magefølelser, med bakgrunn i Neissners modell for perseptuell syklus (1976, gjengitt i Teigen, 2002), i samspill med vår medfødte evne til ansiktsperspeksjon og Fechners lov, kan utlede et mulig opphav til magefølelser som en ubevisst registrering av stimuli.

På den andre siden er det utfordrende å knytte en eventuell ubevisst registrering av stimuli til *opplevelsen* av magefølelser. Det er to grunner til dette. Den ene er at Heller et al. (1998; 2001) gjennom to studier har undersøkt om selvmordsfare kan vises i pasienters ansikt. 59 pasienter som hadde blitt innlagt på et sykehus i Sveits etter et selvmordsforsøk, og en behandler som vurderte selvmordsfaren til disse pasientene, ble filmet under vurderingsprosessen. Deretter brukte de dataprogram for å analysere ansiktet til både pasientene og behandleren. Resultatet at disse studiene viste at behandleren brukte øynene sine annerledes overfor de pasientene som innen to år kom til å gjøre et nytt forsøk, og pasientene som kom til å gjøre et nytt forsøk hadde økt oral aktivitet som ikke kunne ses med det blotte øyet. Til tross for dette hadde behandleren verken et bevisst forhold til at hun brukte øynene annerledes eller oppga å kjente på noen form for magefølelse i tilknytning til dette.

Det andre er at vi hele tiden forholder oss til stimuli vi ikke har et bevisst forhold til (Gregory, 1998). Etter lysbølgene har truffet netthinnen starter en seleksjonsprosess (Teigen, 2002). Seleksjonsprosessen starter allerede under transporten gjennom sensoriske ledningsbaner. Den er automatisk og ubevisst. I disse ledningsbanene blir informasjon som innledningsvis er ansett som *irrelevant* undertrykt, mens endringer som *innledningsvis* er ansett som viktige blir overdrevet. Stimuli som blir overdrevet skjer på bekostning av stimuli som er konstant (Brodal, 2007b). Martin, Carlson & Buskist (2010b) viser til at bakgrunnen for at konstant stimuli blir fortrent, er at hjernens fremste oppgave er å fange opp endringer som har betydning for oss. Det som er konstant oppleves ikke like viktig. Det er med andre ord ingen måte vi kan vite hva som når underbevisstheden.

Til tross for at behandleren Heller et al. (1998; 2001) filmet ikke rapporterte om magefølelser, tenker jeg likevel at ubevisst visuelt stimuli kan være et mulig opphav til magefølelser. Årsaken til dette er at informantene i mitt studie viste til at de hadde et trent fokus på kroppslige sensasjoner.

7.3.6 Betydningen av et trent fokus på kroppslige sensasjoner

Informantene i mitt studie viste til at de over år hadde jobbet med å få et trent fokus på sin egen kropp, og brukte kroppen sin aktivt som et måleinstrument. De kan derfor tenkes å ha en tilnærming og sensitivitet i møte med visuelt stimuli, og egne fornemmelser, som øker deres mottakelighet for å kjenne hva seg skjer med dem selv i møte med den andre.

Forståelsen av en mulig økt sensitivitet kan underbygges av et studie av Katkin, Wiens & Öhman (2001). I dette studiet undersøkte de om magefølelser delvis kunne forklares av persepsjon av viscerale sensasjoner¹. 46 studenter ved et universitet i New York ble vist bilder av ansikter av sinte og glade mennesker. Bildene var redigert og presentert på en slik måte at ingen deltagere bevisst kunne se hvem som var glade og hvem som var sinte.

De sinte bildene ble ledsaget av et elektrisk støt. Hjerterytme og hudfuktighet ble målt under forsøket. Resultatet av studiet viste at de studentene som var i stand til å registrere endringer i egen hjerterytme var bedre til å predikere støt, enn de som ikke hadde like god evne til å registrere endringer i egen hjerterytme.

Korrelasjonen Katkin, Wiens & Öhman (2001) fant mellom evne til å registrere hjerterytme og evne til å predikere støt, må ikke forstås som et bevis for en kausal sammenheng. Likevel tenker jeg at studiet har funnet en korrelasjon som styrker argumentet for at et trent fokus på kroppslige reaksjoner, kan øke en persons evne til å registrere kroppslige reaksjoner på visuelt stimuli man assosierer med noe man oppfatter som fare.

Av datamaterialet fremgår det at informantene er redde for å gjøre feil og en informant beskrev at det å jobbe med mennesker som er i selvmordsfare er som at de daglig *legger hodet sitt på bordet*. I tillegg viser datamaterialet at fem av syv informanter meddelte at de hadde opplevd at pasienter hadde gjennomført selvmord.

Fra studier av etterlatte behandlere fremgår det at å erfare selvmord blant pasienter er noe av det vondeste en behandler kan oppleve. Forskning viser at dagens verktøy som behandlerne skal legge til grunn for selvmordsrisikovurderinger bare har 3% predikasjonsverdi (Large et al., 2017). På tross av dette har regjeringen lansert en nullvisjon også for praksis (Departementene, 2020-2025). Jeg tenker at dette forholdet kan sammenliknes med «støtene» i studiet til Katkin, Wiens & Öhman (2001). Informantene kan derfor tenkes å få magefølelser basert på visuelt stimuli de ikke kan gjøre rede for. Det vil si at de gjentatte ganger har møtt pasienter som har gjennomført et selvmord eller forsøkt å gjennomføre selvmord, og at disse kan ha noe til felles i sine ansiktsuttrykk.

¹ Oppfattelsen av fysiologiske endringer i egen kropp (Brodal, 2007b)

7.3.7 En paradoksal kommunikasjon eller perseptuell dissonans?

På bakgrunn av diskusjonen rundt ansiktspersepsjon tenker jeg at persepsjonsprosesser kan være ett mulig opphav til magesfølelser. Betschs (2008) krav til opphavet av en magesfølelse oppfylles gjennom at et stimuli (relasjonelle forhold i ansiktet) registreres ubevisst, og at dette stimuli bearbeides automatisk og ubevisst av kunnskap i langtidshukommelsen (assosiasjon mellom ansiktsuttrykk og selvmordsfare) og at utfallet av denne bearbeidingen er en følelse som informantene ikke vet opphavet til.

Ettersom informantene viser til at de aktivt sammenlikner det visuelle med det verbale, tenker jeg at vi kan se på opphavet som en ubevisst oppfattelse av en perseptuell dissonans eller paradoksal kommunikasjon.

7.4 Å være ansvarlig for å håndtere det uhåndterbare

Informantene beskrev vurderingsprosessen som preget av usikkerhet. Noen informanter sammenliknet vurderingen med å spå i fremtiden og andre viste til at det var mye man som behandler ikke kunne rå over. Et eksempel på noe behandlerne ikke kunne rå over var hva som skjedde mellom timene. En informant beskrev det slik at pasienter levde sine liv mellom samtaler og i relasjoner med andre. Selvmordsrisikovurderinger var derfor en ferskvare.

Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern viser til at selvmordsrisikovurderinger er den mest komplekse og vanskelige vurderingen som klinikere blir satt til å gjøre (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Også Retterstøl (1995b) og de engelske retningslinjene for selvmordsrisikovurdering og behandlingsvalg (Fremouw, de Perczel & Ellis, 1990) beskriver selvmordsrisikovurderinger som de mest krevende vurderingene i praksis.

Til tross for at både Lesters (1992) gjennomgang av all internasjonal forskning fram til 1990-tallet og Large et al. (2017) viser til at vi ikke har lyktes med å finne en måte å predikere selvmord, frigjør ikke dette behandlerne fra å oppfylle forsvarlighetskravet i *helsepersonelloven* §4 (1999) og §2-2 i *spesialisthelsetjenesteloven* (1999). Retterstøl (1995a) viser til at dette vakuemet av ansvar medfører at selvmordsfare til syvende og sist blir noe en behandler må avgjøre på bakgrunn av sin egen vurdering.

Regjeringen lansering av nullvisjonen (Departementene, 2020-2025) tenker jeg derfor må være å gi behandlerne ansvaret for å håndtere det uhåndterbare. En slik situasjon vil kunne forklare hvorfor magefølelser får en sentral plass i selvmordsrisikovurderinger ettersom ansvaret de blir gitt, kan gi et behov for selv å stå inne for vurderingen.

7.4.1 Behovet for å føle at man selv kan stå inne for vurderingen

En informant viste til at *til syvende og sist* var det viktig for henne å kunne lukke døren og gå hjem, uten en klump i magen. En annen informant fortalte at hun alltid stilte seg selv spørsmålet *hva kan jeg garantere for?*

Welsh & Lyons (2001) gjennomførte et studie for å undersøke hvordan sykepleiere brukte ulike kunnskapsformer for å gjøre selvmordsrisikovurderinger. De analyserte 29 fullverdige risikovurderinger som var gjort over 6 måneder, og intervjuet 8 sykepleiere. Intervjuene ble analysert tematisk og resulterte i tre hovedtemaer: taus kunnskap, klinisk erfaring og forskningsbasert kunnskap.

Studiet viser til at de tre ulike kunnskapsformene hadde ulik og situasjonsavhengig verdi i praksis. Magefølelser kom i kategorien for taus kunnskap. Magefølelsenes verdi syntes å være å fange opp og gjenkjenne stimuli som var for diffust til å bli fanget opp av rasjonelle kunnskapsformer. Denne kunnskapsformen ble spesielt viktig når forskning og retningslinjer var uklare og upresise.

Hjelmeland (2022) viser til at dagens risikoverktøy i all hovedsak har sin kunnskapsbakgrunn i kvantitativ forskning. Welsh & Lyons (2001, s. 300) viser til at mye av den kvantitative forskningen er randomiserte kontrollerte studier (RCT-studier). De beskriver at RCT-studier ikke kan gi den kunnskapen som trengs for praksisfelt med komplekse problemstillinger som kan trenge akutte intervensjoner:

RCT virtually [have] hijacked the evidence base of health care [...] We are not suggesting there is no place for this. What we suggesting is that this approach has limited value in the “swampy lowlands” where complex human problems demand rapid responses (s. 300-301)

Magefølelsens verdi kan således ses i lys av det manglende forskningsgrunnlaget bak selvmordsrisikovurderingene.

Informantene i dette studiet viste ikke bare til manglende forskningsgrunnlag, men også til en manglende synlighet av selvmordsfare. De viste til at samstemthet, troverdighet, kontakt, balanse og grad av allianse var sentrale vurderingspunkter. Ettersom de viste til at de brukte egen kropp aktivt i disse fasene, tenker jeg at magefølelsenes verdi også kan ses i lys av den manglende synligheten. Innenfor en slik forståelsesramme vil magefølelsene være verdifulle verktøy for nettopp å identifisere sensitive temaer, aktivere en alarmberedskap og lede behandleren mot en beslutning behandleren selv kan stå inne for.

Samtidig er det også slik at Betsch (2008, s. 4) definisjon av magefølelser viser til at et stimuli må behandles av kunnskap som er lagret i langtidshukommelsen. En informant i studiet vektla at magefølelsen var viktig for å ikke la seg påvirke av egen forforståelse. Imidlertid vil Betsch definisjon av magefølelser ikke kunne forstås på denne måten.

Magefølelser er utelukkende basert på en forforståelse. På grunn av dette viser Betsch (2008) til at jo mer erfaring et menneske har, jo mer konservativ kan de bli i sine vurderinger og beslutningsprosesser. En rasjonell og bevisst beslutningsprosess har til kontrast fra en intuitiv tenkning, en mulighet til å individualisere og kontekstualisere informasjon i situasjoner som raskt forandrer seg (s. 8).

Magefølelsenes verdi må derfor ses i lys av formålet.

7.5 Konklusjon

Forskningsspørsmålet for oppgaven er:

På hvilke måter kan vi forklare opphavet til magefølelser som behandlere i psykisk helsevern for voksne (PHV-v) opplever å få når de gjør selvmordsrisikovurderinger, og hvilken verdi kan disse magefølelsene ha for å identifisere mennesker som er selvmorsnære?

Informantene i denne oppgaven fortalte om kroppslige fornemmelser som ikke lot seg språksette. De kunne ikke redegjøre for hvor fornemmelsen kom i fra og noen ganger kunne de heller ikke forstå hva følelsen handlet om. Liknende beskrivelser kommer også frem i andre studier (Rytterström et al., 2019; Vråle, 2014)

Fornemmelsene informantene i denne oppgaven forteller om samstemmer med Betsch (2008, s. 4) definisjon av magefølelsens manifestasjon. Av Betsch definisjon fremgår det videre at en magefølelse er et utfall av en ubevisst og automatisk tankeprosess. Denne tankeprosessen er utløst av et ytre stimuli som deretter bearbeides av kunnskap i langtidshukommelsen. Denne kunnskapen må ha vært lært gjennom kompleks assosiasjonslæring.

Informantene i denne oppgaven hadde lang erfaring, og de fleste jobbet til daglig med pasienter som var selvmordsnære. Howes (2007) viser til at en daglig eksponert av mønster kan føre til en implisitt mønsterlæring. Denne mønsterlæringen skjer gjennom en kompleks assosiasjonslæring. Både Ringel (1976) og Pöldinger (Pöldinger, 1968) har beskrevet atferdsmønster hos pasienter forut for selvmord. Informantene viser i stor grad til fenomener beskrevet av Ringel og Pöldinger når de vurderer selvmordsfare. Et mulig opphav til magefølelser kan være en *ubevisst registrering av atferdsmønster* som informantene assosierer med selvmordsfare.

Et annet opphav til magefølelser kan være gjennom *persepsjonsprosesser*. Neissners modell for den perseptuell syklus (1976, gjengitt i Teigen, 2002) kan være en mulig forklaringsmodell. Neissner viser til at oppfattelsen av våre omgivelser er styrt av formålet med at vi undersøker omgivelsene. Av modellen fremgår det at visuelt stimuli blir bearbeidet automatisk og ubevisst

av skjemaer for hvordan vi kjenner verden. For eksempel viser Leder & Carbon (2006) til at vi har ansiktsspesifikke skjemaer som automatisk sammenlikner relasjonelle forhold i ansiktet. Ett eksempel på et slikt relasjonelt forhold er avstanden mellom munnviker og øyner når man smiler. Konfigureringen av slike relasjonelle forhold er ubevisst og automatisk, og komme i ulike grader.

Sperling (2013) viser til at vi bare trenger å bli eksponert for et visuelt stimuli i 50 millisekunder for at hjernen registrer det ubevisst. Av Fechners lov vet vi at det kreves en gitt mengde stimuli for at vi får et bevisst forhold til det (Teigen, 2002). Samtidig viser et studie av Katkin, Wiens & Öhman (2001) at personer som er trent på å kjenne etter på egne kroppslige reaksjoner har lettere for å registrere stimuli. Magefølelser kan derfor ha sitt opphav i en registrering av stimuli man ikke har et bevisst forhold til. Dette styrkes av at informantene i dette studie viser til at de aktivt bruker egen kropp når de gjør selvmordsrisikovurderinger. De beskrev kroppen sitt som et måleinstrument. Ett mulig opphav til magefølelsene kan derfor være at de ubevisst opplever en *perseptuell dissonans* eller en ubevisst *paradoksal kommunikasjon*.

Informantene knytter ikke verdien av magefølelser spesifikt til det å identifisere selvmordsfare. Verdien synes heller å være knyttet til de ulike stegene i vurderingsprosessen, som kan lede til at de avdekker at noen har selvmordstanker eller selvmordplaner. Magefølelsene ser også ut til å ha verdi for behandlernes evne til å ivareta ansvaret med å håndtere det uhåndterbare. Et eksempel på det er behovet for å ta vurderinger de selv kan stå inne for.

Welsh & Lyons (2001) viser til at magefølelser ser ut til å være spesielt viktige der forskningsgrunnlaget er usikkert eller uklart. Vi vet at dagens verktøy har lav predikasjonsverdi (Large et al., 2017). Magefølelsenes mulige opphav kan således også ses som en kompensereende reaksjon på et manglende forskningsbasert kunnskapsgrunnlag. Av dette virker det som opphav og verdi flettes sammen til å fylle tomrommet som forskningen så langt ikke har klart å fylle.

8 Avslutning

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en reise både gjennom litteratur og forskning, men også gjennom datamaterialet og potensialet som lå i visuell metode. Jeg var ikke forberedt på hvor rikt og mangfoldig datamateriale en visuell metode kunne generere. Jeg har derfor måttet velge ut deler av datamaterialet og legge noe til side. Det var ikke en enkel prosess og det kjentes ubehagelig overfor informantene og ikke kunne få formidlet mer av det verdifulle de delte med meg. Dette er en tematikk som fortjenes å tas videre. Som enhetslederen ved ene avdelingen jeg rekrutterte informanter sa til meg: «Dette er dødsalvorlig og dødsvanskelig».

I tillegg til at denne oppgaven viser til mulige måter vi kan forstå magesfølelsenes opphav, viser den også at informantene opplever at de blir satt til å håndtere det uhåndterbare. Regjeringen har lansert en nullvisjon for antall selvmord (Departementene, 2020-2025), men dagens verktøy for selvmordsrisikovurderinger bare har 3% predikasjonsverdi (Large et al., 2017).

Welsh & Lyons (2001) viser til at jo mer uklar og mangelfull forskning er for et praksisfelt, dess mer tas magesfølelser i bruk. Dette kan forklare at vi fra tidligere forskning vet at magesfølelser ofte tas i bruk i tilknytning til selvmordsrisikovurderinger (Aflague & Ferszt, 2010; Hagen, Knizek & Hjelmeland, 2017; Jansson & Graneheim, 2018; Runeson et al., 2017; Rytterström et al., 2019; Schreiber & Culpepper, 2022; Vråle, 2014; Wheeler & Mitchell, 2020).

Denne oppgaven viser at dagens forskning i hovedsak har fokus på å tilføre et risikoverktøy med det vi kan kalle for *statiske risikofaktorer* (som kjønn, alder, tapsopplevelser og tidligere gjennomførte selvmordsforsøk), mens informantene i min oppgave ga uttrykk for at de trengte å få tilføyd kunnskap om å vurdere det vi kan kalle *dynamiske risikofaktorer*.

En *dynamisk risikofaktor* forstår jeg som impulser, grad av lidelsesuttrykk, emosjoner, søvn, energinivå, humør, rusinntak, relasjoner med andre og andre forhold som påvirker pasientene mellom samtale og pasientens *tilbøyelighet* til å gjennomføre selvmord. Måten de møtte dette behovet kan i lys av Welsh & Lyons (2001) kanskje ses på som ved aktiv bruk av egen kropp for å fylle et tomrom i forskningen. De forholdene mine informanter til en viss grad kan bruke kroppen sin til å vurdere er samstemthet, troverdighet, kontakt, balanse og grad av allianse. Disse elementene knytter informantene til dynamiske faktorer i den grad det lar seg gjøre.

Gibbons & Gibbons (1999) viser til at forskningen har et samfunnsoppdrag. Ettersom regjeringen har lansert en nullvisjon for antall selvmord, tenker jeg ett av samfunnsoppdragene forskningen må ha, er å tilføre behandlerne den kunnskapen de trenger for å forvalte det ansvaret de er gitt. Videre, med et perspektiv på magefølelser som en kompensasjon for manglende forskningsbasert kunnskap og verktøy, tenker jeg at mer forskning på magefølelsenes opphav og funksjon kan gi nye veier for kunnskap om selvmordsforebygging.

Referanseliste

- Aflague, J. M. & Ferszt, G. G. (2010). Suicide Assessment by Psychiatric Nurses: A Phenomenographic Study. *Issues Ment Health Nurs*, 31 (4), 248-256. 10.3109/01612840903267612
- Bautsch. (2018). *Troxler effect with Gaussian colour noise*. Wikipedia. Tilgjengelig fra: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Troxler-Effekt.jpg> [Lest 01.05.2022].
- Beer, J. S. (2009). Social Cognition. I: Gazzaniga, M. S. et al. red. *Cognitive neuroscience: the biology of the mind*, s. 599-633. New York: Norton.
- Betsch, T. (2008). The Nature of Intuition and Its Neglect in Research on Judgment and Decision Making. I: Plessner, H., Betsch, C. & Betsch, T. red. *Intuition in Judgment and Decision Making*, s. 3-22. USA: Taylor & Francis Group, LLC.
- Bjørke-Bertheussen, J. et al. (2018). Kollegestøtte når pasienten tar sitt liv. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 138 (10). 10.4045/tidsskr.17.0908
- Blix, B. H. r. & Sørly, R. (2017). *Fortelling og forskning. Narrativ teori og metode i tverrfalig perspektiv*. Stamsund: Orkana Akademisk.
- Bonneh, Y. S. et al. (2014). Motion-induced blindness and Troxler fading: common and different mechanisms. *PLoS One*, 9 (3), e92894-e92894. 10.1371/journal.pone.0092894
- Bramer, W. M. et al. (2018). A systematic approach to searching: an efficient and complete method to develop literature searches. *Journal of the Medical Library Association*, 106 (4), 531-541. 10.5195/jmla.2018.283
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101. 10.1191/1478088706qp063oa
- Brodal, P. (2007a). Cortex cerebri og høyere mentale funksjoner. I: *Sentralnervesystemet*, 4 utg., s. 531-560. Oslo: Universitetsforlaget.
- Brodal, P. (2007b). Generelt som sansesystemer. I: *Sentralnervesystemet*, b. 4, s. 177-184. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Carter, G. & Spittal, M. J. (2018). Suicide Risk Assessment: Risk Stratification Is Not Accurate Enough to Be Clinically Useful and Alternative Approaches Are Needed. *Crisis : the journal of crisis intervention and suicide prevention*, 39 (4), 229-234. 10.1027/0227-5910/a000558
- Catalani, C. & Minkel, M. (2010). Photovoice: A Review of the Literature in Health and Public Health. *Health Educ Behav*, 37 (3), 424-451. 10.1177/1090198109342084
- Colorbox. (2022). *Bilde av mann som smiler ved hjelp av klesklyper*. [bilde] Colorbox.

- Creighton, G. et al. (2018a). "I should have ...": A Photovoice Study With Women Who Have Lost a Man to Suicide. *Am J Mens Health*, 12 (5), 1262-1274. 10.1177/1557988318760030
- Creighton, G. et al. (2018b). Photovoice Ethics: Critical Reflections From Men's Mental Health Research. *Qual Health Res*, 28 (3), 446-455. 10.1177/1049732317729137
- Creighton, G. M. et al. (2017). "Things I did not know": Retrospectives on a Canadian rural male youth suicide using an instrumental photovoice case study. *Health (London)*, 21 (6), 616-632. 10.1177/1363459316638542
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/> [Lest 29.04.2022].
- Delgado, H. & Wester, K. (2020). Using Photovoice to Promote Meaning-Making in a Suicide Loss Support Group. *Journal of mental health counseling*, 42 (3), 189-205. 10.17744/mehc.42.3.01
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2018). *The SAGE handbook of qualitative research*. 5th ed. utg. Los Angeles, Calif: Sage.
- Departementene. (2020-2025). *Handlingsplan for forebygging av selvmord. Ingen å miste*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/ef9cc6bd2e0842bf9ac722459503f44c/regjerings-handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-2020-2025.pdf>
- Dubue, J. & Hanson, W. W. (2020). Psychologists' Experiences Conducting Suicide Risk Assessments: A phenomenological Study. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 54 (4), 819-845. <https://doi.org/10.47634/cjcp.v54i4.69433>
- Durkheim, E. (1897). *Selvmordet (norsk utgave, 1978)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Ekman, P. & Friesen, W. V. (1974). Detecting deception from the body or face. *Journal of personality and social psychology*, 29 (3), 288-298. 10.1037/h0036006
- Emblemsvåg, E. R. & Emblemsvåg, E. R. e. (2014). Re: Overdreven tro på selvmordsrisikovurdering? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 134 (6), 593-593. 10.4045/tidsskr.14.0279
- Emmison, M. & Smith, P. (2000). *Researching the visual : images, objects, contexts and interactions in social and cultural inquiry*. Introducing qualitative methods. London: Sage.
- Ferlatte, O. et al. (2019). Suicide Prevention From the Perspectives of Gay, Bisexual, and Two-Spirit Men. *Qual Health Res*, 29 (8), 1186-1198. 10.1177/1049732318816082
- Fredriksen, S. (2019). *Skal jeg følge reglene og ha ryggen fri, eller gjøre det som er best for pasienten?* . Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/innsjutt/2019/11/skal-jeg-folge-reglene-og-ha-ryggen-fri-eller-gjore-det-som-er-best> [Lest 08.02.2020].

- Fremouw, W. J., de Perczel, M. & Ellis, T. E. (1990). *Psychology Practioner Guidebooks. SUICIDE RISK Assessment ant Response Guidelines*. United States of America: Pergamon Press, Inc.
- Gibbons, M. & Gibbons, M. (1999). Science's new social contract with society. *Nature*, 402 (6761 Suppl), C81-C84. 10.1038/35011576
- Granlund, T.-F. (2014). Re: Overdreven tro på selvmordsrisikovurderinger? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 134 (10), 1021-1022. 10.4045/tidsskr.14.0583
- Gregory, R. L. (1998). *Eye and brain : the psychology of seeing*. 5th ed. utg. Oxford: Oxford University Press.
- Grüter, T., Grüter, M. & Carbon, C.-C. (2008). Neural and genetic foundations of face recognition and prosopagnosia. *J Neuropsychol*, 2 (1), 79-97. 10.1348/174866407X231001
- Hagen, J., Knizek, B. L. & Hjelmeland, H. (2017). Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Suicidal Patients in Psychiatric Wards: An Emotional Endeavor. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31 (1), 31-37. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.018>
- Han, C. S. & Oliffe, J. L. (2016). Photovoice in mental illness research: A review and recommendations. *Health (London)*, 20 (2), 110-126. 10.1177/1363459314567790
- Heller, M. et al. (1998). *Faces of suicidal patients*: Geneva University Hospital, Department of Psychiatry II, Switzerland. Tilgjengelig fra: <https://www.aqualide.com/upload/texte/text76.pdf> [Lest 26.01.2022].
- Heller, M. et al. (2001). *Can faces reveal suicide attempt risks* The flesh of the soul. The body we work with. Tilgjengelig fra: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.600.5190&rep=rep1&type=pdf> [Lest 26.01.2022].
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=Helsepersonelloven>.
- Hjelmeland, H. (2022). Risikofaktorperspektivet. I: *Selvmordsforebygging. For å kunne forebygge selvmord må vi forstå hva suicidalitet handler om*, s. 79-103. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Holte, A. (2011). Non-verbal kommunikasjon. Har psykoterapeuter noe å lære? . I: Rønnestad, M. H. red. *Det kliniske intervjuet*, 2. utgave utg., s. 29-54. Oslo: Gyldendal akademisk
- Howes, M. B. (2007). Implicit Memory. Structures and images. I: *Human Memory*, s. 273-300. London: Sage Publications Inc.
- Huss, S. (2003). *Wounded Healer or Stigmatized Healer? First-Person Experience With Suicidality Among Helping Profesisonals in Suicide Prevention and Intervention*: University of Victoria, University of Victoria. Tilgjengelig fra:

https://dspace.library.uvic.ca/bitstream/handle/1828/11578/Huss_Sabine_MS_W_2020.pdf?sequence=3&isAllowed=y.

- Høyer, K. L. (2012). Hva er teori, og hvordan forholder teori sig til metode. I: Vallgård, S. & Koch, L. red. *Forskningsmetoder i forlkesundhedsvidenskab*, s. 17-41. København: Munksgaard.
- Jansson, L. & Graneheim, U. H. (2018). Nurses' Experiences of Assessing Suicide Risk in Specialised Mental Health Outpatient Care in Rural Areas. *Issues Ment Health Nurs*, 39 (7), 554-560. 10.1080/01612840.2018.1431823
- Johannessen, L. E. F. (2018). Tematisk analyse. I: Rasmussen, E. B. & Rafoss, T. W. red. *Hvordan bruke teori? : nyttige verktøy i kvalitativ analyse*, s. 278-313. Oslo: Universitetsforlaget.
- Katkin, E. S., Wiens, S. & Öhman, A. (2001). Nonconscious Fear Conditioning, Visceral Perception, and the Development of Gut Feelings. *Psychol Sci*, 12 (5), 366-370. 10.1111/1467-9280.00368
- Kirkebøen, G. (2012). *Hva er intuisjon*. b. 47. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvale, S. (2015a). Validitet som sosial konstruksjon. I: Rygge, J., Anderssen, T. M. & Brinkmann, S. red. *Det kvalitative forskningsintervju*, 3. utg. utg., s. 272-294. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S. (2015b). Å utføre et intervju. I: Rygge, J., Anderssen, T. M. & Brinkmann, S. red. *Det kvalitative forskningsintervju*, 3. utg. utg., s. 156-171. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015a). Etikk og intervjuundersøkelser. I: Kvale, S. & Brinkmann, S. red. *Det kvalitative forskningsintervju*, 3 utg., s. 95-113. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015b). Transkripsjon av intervjuer. I: Kvale, S. & Brinkmann, S. red. *Det kvalitative forskningsintervju*, s. 204-214. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lakoff, G. & Johnson, M. (1980). *Hverdagslivets metaforer. Fornuft, følelser og menneskehjernen*. Valdres: Pax forlag (norsk utgave, 2003).
- Lapenta, F. (2011). Some Theoretical and Methodological Views on Photo-Elicitation. I: Margolis, E. & Pauwels, L. red. *The SAGE Handbook of Visual Research Methods*, s. 201-213. London: SAGE Publications Ltd.
- Large, M. et al. (2017). Known unknowns and unknown unknowns in suicide risk assessment: Evidence from meta-analyses of aleatory and epistemic uncertainty. *BJPsych Bull*, 41 (3), 160-163. 10.1192/pb.bp.116.054940
- Leder, H. & Carbon, C.-C. (2006). Face-specific configural processing of relational information. *Br J Psychol*, 97 (1), 19-29. 10.1348/000712605X54794

- Lester, D. (1992). *Why people kill themselves : a 1990s summary of research findings on suicidal behavior*. 3rd ed. utg. Springfield, Ill: Thomas.
- Mackay, D. G. (1973). Aspects of the Theory of Comprehension, Memory and Attention. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 25 (1), 22-40.
10.1080/14640747308400320
- Margolis, E. & Pauwels, L. (2011). *The SAGE handbook of visual research methods*. Los Angeles: SAGE.
- Martin, G. N., Carlson, N. R. & Buskist, W. (2010a). Motivation and emotion. I: *Psychology*, s. 552-607. Harlow: Allyn & Bacon.
- Martin, G. N., Carlson, N. R. & Buskist, W. (2010b). Perception. I: *Psychology*, 4 utg., s. 212-255. Harlow: Allyn & Bacon.
- Martin, G. N., Carlson, N. R. & Buskist, W. (2010c). *Psychology*. 4th ed. utg. Harlow: Allyn & Bacon.
- Martin, G. N., Carlson, N. R. & Buskist, W. (2010d). The science of psychology. I: *Psychology*, s. 2-44. Harlow: Allyn & Bacon.
- Munch, E. (1898). *To kvinner på stranden* [Bilde]Munchmuseet.
- Müftüogullari, A. (2020). *Bilde av en voksen person som holder en bamse* [Bilde]Pexels.
- Neal, R. (2019). *Girl in Herne Hill*. [Bilde] Raphaël Neal Photography.
- NSD Norsk senter for forskningsdata. (n.d.). *Lag en datahåndteringsplan*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsd.no/lag-en-datahandteringsplan> [Lest 08.02.2021].
- NSD Norsk senter for forskningsdata. (n.d.). *Sjekkliste før innsending av meldeskjema*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/sjekkliste-for-innsending-av-meldeskjema> [Lest 08.02.2021].
- Oliffe, J. L. et al. (2017). Injury, Interiority, and Isolation in Men's Suicidality. *Am J Mens Health*, 11 (4), 888-899. 10.1177/1557988316679576
- Oliffe, J. L. et al. (2019). Unpacking Social Isolation in Men's Suicidality. *Qual Health Res*, 29 (3), 315-327. 10.1177/1049732318800003
- Oliffe, J. L. et al. (2021). How to Save a Life: Vital Clues From Men Who Have Attempted Suicide. *Qual Health Res*, 31 (3), 415-429. 10.1177/1049732320975747
- Pauwels, L. (2011). An Integrated Conceptual Framework for Visual Social Research. I: Margolis, E. & Pauwels, L. red. *The SAGE Handbook of Visual Research Methods*, s. 3-23. London: SAGE Publications Ltd.

- Pauwels, L. (2012). Visual Sociology Reframed: An Analytical Synthesis and Discussion of Visual Methods in Social and Cultural Research. *SAGE Visual Methods*, 38 (4), 193-581. 10.1177/0049124110366233
- Pexels. (2022a). *Bilde av en vekt* [Bilde] Pexels.
- Pexels. (2022b). *Bilde av mann som smiler* [Bilde] Pexels.
- Pexels. (2022c). *En person bak et vindu* [Bilde] Pexels.
- Pexels. (2022d). *Person som ligger på sofaen* [Bilde] Pexels.
- Photovoice Worldwide. (2021). *Trainings*. Tilgjengelig fra: <https://www.photovoiceworldwide.com/trainings/> [Lest 11.03.2022].
- Pink, S. (2020). A Multisensory Approach to Visual Methods. I: Pauwels, L. & Mannay, D. red. *The SAGE Handbook of Visual Research Methods*, 2 utg., s. 523-533. London: SAGE Publications Ltd.
- Psykisk helsevernloven. (1999a). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=PSYKISK%20HELSEVERN>.
- Psykisk helsevernloven. (1999b). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=PSYKISK%20HELSEVERN>.
- Pöldinger, W. (1968). *Die Abschätzung der Suizidalität*. Bern; Stuttgart: Huber.
- Retterstøl, N. (1995a). Selvmordsprosessen. I: *Selvord*, s. 174-180. Oslo: Universitetsforlaget.
- Retterstøl, N. (1995b). Vurdering av selvmordsfare. I: *Selvord*, s. 181-195. Oslo: Universitetsforlaget.
- Retterstøl, N. (1997). Selvmordsforebyggende arbeid i de siste 100 år. Del1: Historisk perspektiv. *Suicidologi*, 2 (1), 5-7. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.1800>
- Retterstøl, N. (1998). Selvmord i kulturhistorisk perspektiv, del 1. *Suicidologi*, 3 (2), 3-7. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.1203>
- Retterstøl, N., Ekeberg, Ø. & Mehlum, L. (2002). Selvmord i et kulturhistorisk perspektiv. I: *Selvord - et personlig og samfunnsmessig problem*, 1 utg., s. 22-45. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ringel, E. (1976). The Presuicidal Syndrome. *Suicide Life Threat Behav*, 6 (3), 131-149. 10.1111/j.1943-278X.1976.tb00328.x
- Rubin, H. J. & Rubin, I. S. (2005). *Qualitative interviewing: the art of hearing data*. 2. utg. California: Sage Publications, Inc.

- Runeson, B. et al. (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLoS One*, 12 (7), e0180292-e0180292. 10.1371/journal.pone.0180292
- Rytterström, P. et al. (2019). Finding the Silent Message: Nurses' Experiences of Non-Verbal Communication Preceding a Suicide. *Psychology (Irvine, Calif.)*, 10 (1), 1-18. 10.4236/psych.2019.101001
- Schreiber, J. & Culpepper, L. (2022). *Suicidal ideation and behavior i Adults: UpToDate*. Tilgjengelig fra: https://www.uptodate-com.mime.uit.no/contents/suicidal-ideation-and-behavior-in-adults?search=suicide%20risk%20assessment&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H16 [Lest 06.02.2022].
- Software Solutions and Services for Science and Technology. (2022). *What is NVivo?: Alfasoft*. Tilgjengelig fra: <https://www.alfasoft.com/no/produkter/statistikk-og-analyse/nvivo.html> [Lest 23.04.2022].
- Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_attachment/inline/c55a5440-c10d-4b7e-a81e-b6d16a6cd8b3:f889797fc632d620ac4f98a1ce83db3208336927/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf
- Sperling, G. (2013). Measuring the time course of the information available in brief visual presentations. *Journal of vision (Charlottesville, Va.)*, 13 (15), T22-T22. 10.1167/13.15.22
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>.
- Svartdal, F. (2002). Læringspsykologi. I: Svartdal, F. red. *Psykologi: en introduksjon*, s. 104-126. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sørly, R. (2017). Narrativ etikk og refleksivitet. I: Blix, B. H. red. *Fortelling og forskning. Narrativ teori og metode i tverrfaglig praksis.*, s. 33-44. Stamsund: Orkana forlag as.
- Talseth, A.-G. (2001). Relasjonen mellom selvmordspasienter, deres pårørende og helsepersonell. *Suicidologi*, 6 (2), 21-22. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.1501>
- Teigen, K. H. (2002). Persepsjon: hvordan vi oppfatter omgivelsene. I: Svartdal, F. red. *Psykologi: en introduksjon*, s. 68-85. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thornquist, E. (1998). Nonverbal eller kroppslig kommunikasjon. I: *Klinikk, kommunikasjon, informasjon*, s. 127-148. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. 2. utg. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tipchai, S. (2017). *Kid walking alone*. [Bilde] Depositphoto.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 3. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- UiT Norges arktiske universitet. (2018). *Retningslinjer for personvern i forsknings- og studentprosjekt*. Tilgjengelig fra: https://uit.no/forskning/art?dim=179056&p_document_id=604029 [Lest 16.02.2020].
- UiT Norges arktiske universitet. (2019). *Retningslinje for klassifisering av informasjon*. Tilgjengelig fra: <https://uit.no/Content/714606/cache=1610450302000/Retningslinjer+for+klassifiserin+g+-+vedtatt+5-4-19.pdf> [Lest 16.02.2021].
- Universitetet i Oslo (UiO). (2021). *Disse har tilgang til å bruke Nettskjema*. Tilgjengelig fra: <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/tilgang/>.
- Unknown. (2022). *Bilde av mann som lener seg fremover* [Bilde] The psych clinic Instagramkonto.
- Varaksina, K. (2014). *Bilde av en kvinne som sitter framoverlent* [Bilde] Kristina Varaksina Photography
- Vermeer, J. (ca. 1665). *Pike med perleøredobb* [Bilde] Wikipedia.
- Vråle, G. B. (2010). Profesjonelle hemmeligheter – faglig felleseie? *Klinisk sygepleje*, 34 (3), 14-23. <https://doi.org/10.18261/ISSN1903-2285-2010-03-03>
- Vråle, G. B. (2014). Bekymringer som blir bekreftet - Om helsepersonells opplevelser når en pasient tar sitt eget liv. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* (1), 4-12. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2014-01-02>
- Walby, F. A., Myhre, M. Ø. & Kildahl, A. T. (2018). 1910 døde pasienter: Selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008 til 2015 - en nasjonal registerstudie. . Tilgjengelig fra: www.uio.no/kartleggingssystemet.
- Walby, F. A. et al. (2021). Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Årsrapport 2018. . Tilgjengelig fra: www.uio.no/kartleggingssystemet.
- Welsh, I. & Lyons, C. M. (2001). Evidence-based care and the case for intuition and tacit knowledge in clinical assessment and decision making in mental health nursing practice: an empirical contribution to the debate. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 8 (4), 299-305. 10.1046/j.1365-2850.2001.00386.x

- Wheeler, R. & Mitchell, A. (2020). *Suicide risk mitigation*: BMJ Best Practice. Tilgjengelig fra: <https://bestpractice-bmj-com.mime.uit.no/topics/en-gb/3000095/pdf/3000095/Suicide%20risk%20mitigation.pdf> [Lest 06.02.2022].
- Wiles, R. et al. (2008). *Visual Ethics: Ethical Issues in Visual Research* ESRC National Centre for Research Methods Review Paper. Tilgjengelig fra: <http://eprints.ncrm.ac.uk/421/1/MethodsReviewPaperNCRM-011.pdf>.
- Wondervisuals. (2022). *Unhappy womans form double exposed with paint splatter photographic effect*. [Bilde] Gettyimages.
- Ying, G. et al. (2021). Behind therapists' emotional responses to suicidal patients: A study of the narrative crisis model of suicide and clinicians' emotions. *Suicide Life Threat Behav*, 51 (4), 684-695. 10.1111/sltb.12730
- Zahavi, D. (2003). *Fænomenologi*. København: Roskilde Universitetsforlag.
- Østlie, K. (2020). Ryggen fri. Risikovurderinger av selvmord kan overdrives. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57 (1), 42-45. Tilgjengelig fra: <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2020/01/ryggen-fri>.

Oversikt over vedlegg

Det er 5 vedlegg til denne masteroppgaven.

Vedlegg 1: Bildeoppgave

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Informasjonsskriv

Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 5: Oversikt over godkjenninger for bruk av bildene som er brukt i denne masteroppgaven

Vedlegg 1: Bildeoppgave

Til deg som skal delta i studiet «En undersøkelse av selvmordsrisikoens synlighet»

Dette informasjonsmateriellet inneholder en kort informasjon om bakgrunnen for at man anvender bilder i forskning, hva vi ønsker å oppnå ved å be deg ta bilder, oppgavetekst for fototakningen, etiske og juridiske retningslinjer for fototakning, informasjon om intervju-gjennomføringen og taushetsplikt. Avslutningsvis kort om oppfølgingen av deg som deltager.

Bruk av bilder i helseforskning

Bruk av bilder i forskning er utbredt innenfor flere fagfelt. Innenfor helseforskning har bilder vist seg å kunne formidle personlige opplevelser som er vanskelig å beskrive med ord alene. Måten bilder kan brukes på varierer utfra hensikt og mål med studiet. I noen studier kan bildene være underlagt en analyse i seg selv, mens i andre studier kan bilder være et verktøy for å innhente data til andre former for analyse. Herunder for å berike intervju.

Hva vi ønsker å oppnå ved å be deg ta bilder

Internasjonale fagmiljø ønsker et paradigmeskifte i måten helsetjenestene vurderer selvmordsrisiko. Årsaken til dette er at forskning viser at dagens risikoverktøy bare evner å fange opp 2% av pasientene som kommer til å ta sitt eget liv. Samtidig viser registerforskning og kartlegging av forekomst av selvmordstanker, selvmordsforsøk og selvmord i psykisk helsevern for voksne (PHV), *at til tross for dette*, klarer likevel behandlere å fange opp de fleste pasientene som er selvmordstruet. Vi ønsker å få tak i den kunnskapen som behandlere bruker til å fange opp disse pasientene.

Fra tidligere forskning og praksisberetninger vet vi at behandlere i psykisk helsevern for voksne (PHV) kan oppleve å få en magefølelse på at *noe er galt* i møte med pasienter. Dette gjelder også i tilknytning til suicidalitet. I dette studiet definerer vi en slik magefølelse som *en følelse eller fornemmelse av noe, uten at denne følelsen eller fornemmelsen nødvendigvis har et kjent opphav*. Når man får en slik følelse eller fornemmelse kan man også kalle det for å få en *hunch*. En slik hunch kan være vanskelig å beskrive med ord utover at «*det er noe der*» som vekker en mistanke om at *noe er i gjære*. En slik hunch kan også ses på som utledet av en erfaringsbasert klinisk intuisjon. En slik klinisk intuisjon er en del av komponentene i

komplekse kliniske vurderinger. Ettersom dagens formelle selvmordsrisikovurderinger ikke åpner for at behandlere kan legge slike fornemmelser til grunn for vurderingene, ønsker dette studiet å undersøke hva disse fornemmelsene består av da de kan bringe verdifull kunnskap om selvmordsrisikoens synlighet.

Ved å be deg ta bilder ønsker vi å åpne opp for at du kan formidle dine observasjoner og erfaringskunnskap uten barrierene som kan oppstå ved bruk av bare ord.

Oppgavetekst for fototakning

Tenk tilbake på et pasientmøte hvor du fikk en magefølelse på at *pasienten kanskje kunne ha tanker om å ta sitt eget liv*. Dette pasientmøtet kan ha vært på en hvilken som helst arena hvor du visuelt så pasienten. Eksempler på slike pasientmøter kan være i en formell samtale med deg, i en kort dialog med deg i en korridor, som en observasjon eller interaksjon i fellesmiljøet på en sengepost/ dagavdeling eller inne på et pasientrom.

Når du har identifisert et pasientmøte som er aktuelt for deg, skal du forsøke å illustrere pasientmøtet med bilder som du kjenner kan representere noe fra møtet. Dette kan du enten gjøre ved å ta bilder selv eller finne bilder på internett/andre steder.

Du står fritt til å fortolke oppgaven slik at du kjenner at det blir rett for deg. Noen vil kunne velge å ta bilder/ finne bilder som gjenspeiler noe de rent visuelt så i møtet med pasienten. Eksempler på slike synsinntrykk kan være farge på en vegg, utformingen av lokalet, hva pasienten hadde på seg, hvordan pasienten satt, hvordan man selv satt, været ute, ansiktsmimikk, et klesplagg eller en gjenstand. Andre vil kunne fortolke oppgaven mer abstrakt, og kunne ta bilder/finne bilder som de tenker representerer selve magefølelsen eller fornemmelser som oppsto i pasientmøtet. Eksempler på slike bilder kan være motiver fra naturen, motiver innenfor ulike kunstsjangere, symboler eller annet som deltageren kjenner formidler noe fra pasientmøtet.

Du trenger ikke å ha svar på om innholdet på bildene hadde betydning for at du fikk en magefølelse. Det viktigste er at bildene formidler noe du husker rent visuelt fra pasientmøtet, eller selve magefølelsen.

Til selve intervjuet skal du velge ut så mange bilder du trenger for å formidle de visuelle inntrykkene du husker fra pasientmøtet. Noen kan velge å ta med bare ett bilde, noen kan trenge 4-6, noen 10 eller flere.

Dersom du ønsker kan du også ta med stikkord eller notater for å beskrive bildene dine.

Oppbevaring og opphavsrett til bildene

Du beholder bildene selv, men informasjon om hva som er på bildet vil til en viss grad kunne komme frem i masteroppgaven. Vi gjør derfor oppmerksom på at *du har et eget ansvar for å slette bildene fra egen mobil/data/fotokamera/ annet lagringsmedie for å sikre at vi kan ivareta din anonymitet. Videre at du selv velger om du ønsker å vise/diskutere/beskrive bildene du tar med til intervjuet til andre, men at også det vil kunne svekke din anonymitet.*

Etiske og juridiske retningslinjer for billedtaking

Du står helt fritt til å ta bilder hva enn du måtte ønske som kan hjelpe deg å formidle pasientmøtet så fremst du forholder deg til følgende etiske og juridiske retningslinjer for fototakingen.

- **Du kan ikke ta bilde av pasienter**
- **Du kan spørre en kollega eller privatperson om å illustrere en pasient på et konstruert bilde**
- **Dersom du tar bilder av kollegaer, privatpersoner eller på offentlige steder hvor personer er gjenkjennbare må du spørre om tillatelse først. For personer under 18 år må du be om tillatelse av foresatte**
- **Dersom du tar bilder på ditt eget kontor eller sykehusområde må du fjerne papirer, kalendere med timeavtaler, post-it-lapper og liknende som kan utlevere taushetsbelagt informasjon.**

Gjennomføring av intervjuet

Når du kommer til intervjuet har du med deg bilde(ne) du har valgt og eventuelle notater/stikkord som du har skrevet ned. Det er en fordel om du har skrevet ut bildene på papir eller kan vise dem på datamaskin. Dersom du ønsker hjelp til dette kan du kontakte oss.

Intervjuet vil starte med en muntlig orientering om rammene for intervjuet og gi deg mulighet til å stille spørsmål. Deretter vil opptak av dialogen i rommet starte.

Det første du vil bli spurt om er om du gir muntlig samtykke til intervjuet. Det muntlige samtykket vil lagres i en godkjent database for oppbevaring av personopplysninger.

Dersom du gir samtykke til intervjuet, vil intervjuet starte med en innledende samtale om bilde(ne) du har tatt med. Du vil bli spurt om å fortelle fritt om hva du har tatt bilde av og

hvorfor du har tatt disse. Du kan også få oppfølgingsspørsmål for å utdype tanker og refleksjoner rundt eksempelvis billedtakningen, bildemotiv og selve pasientmøtet.

Det er du som styrer temaer og hva som er viktig for deg å få formidlet i intervjuet.

Intervjuer vil ha en utforskende holdning til temaer som berøres. Du vil hele tiden kunne stoppe intervjuet, velge å ikke svare på spørsmål du ikke ønsker og trekke ditt samtykke underveis. Du vil også bli spurt om samtykke etter at intervjuet er over, da noen kan oppleve at intervjusituasjonen kan bidra til at man deler informasjon man ikke på forhånd har hadde et ønske om å dele.

Det er vektlagt at intervjuet skal være en trygg arena for å utforske dine erfaringer på dine premisser.

Lengden på intervjuet vil være mellom 1-3 timer, avhengig av hvor mye du ønsker å dele i intervjuet.

Ivaretagelse av taushetsplikt

Vi minner om at du må anonymisere pasientinformasjon i henhold til din taushetsplikt Jf. §21 i Helsepersonelloven.

Ettersom formelle selvmordsrisikovurderinger er uløselig knyttet til personlig informasjon gir vi eksempler på ulike måter man *kan anonymisere pasientdata* uten å forringe betydningen de har for vurderingen.

- Unngå å kombinere pasientinformasjon som ikke er anonymisert
- Omtal pasientmøtet på en måte som tillegger det et annet tidspunkt enn det faktisk var
- Omgjør alder på pasienten fra f.eks. 32 år til en pasient i «30-årene», «ung voksen» «Under 40» o.l.
- Unngå å oppgi alder dersom det ikke er sentralt for vurderingene du gjorde i pasientmøtet
- Omgjør bosted og landsdel
- Omgjør antall barn, kjønn på barn, alder på barn
- Omgjør utseende dersom kroppsspråk er sentralt for visuelle inntrykk
- Legg til villendene informasjon som bidrar til anonymisering uten å forringe viktige aspekter ved pasientmøtet.

Dette er bare eksempler, og du står fritt til måten du anonymiserer pasienten.

Intervjuer vil hjelpe deg i intervjusituasjonen til å forholde deg til rammene for taushetsplikt.

Oppfølging av deg som deltager

Samtaler om selvmord og selvmordsrisikovurderinger kan berøre behandlere på ulike måter. Etterlatte behandlere forteller om ulike reaksjoner og følelser som tidligere primært har vært tillagt pårørende. Dette kan være reaksjoner som går under kompliserte sorgreaksjoner, skyldfølelse, sinne, redsel og noen kan også beskrive en følelse av å ha sviktet som behandler. Det er derfor viktig for oss at du som deltager ikke blir alene med eventuelle reaksjoner som kan oppstå i tilknytning til intervjuprosessen. Du vil derfor få tilbud om å kontakte RVTS Nord ved psykologspesialist Anders Lundesgaard dersom du har behov for noen å snakke med. Lundesgaard vil i forkant av intervjuene ha informert kollegastøtteordningen om studiet, og vil kunne hjelpe deg å komme i kontakt med noen du kan snakke med i trygge rammer.

Anders Lundesgaard kan du enten kontakte på mail eller telefon

Mail: Anders.Lundesgaard@unn.no

Telefon: 77 75 43 73 / mob 915 34 074

Det er viktig for oss å presisere at eventuelle nye tanker du kan få under intervjuprosessen er tanker du ikke hadde forutsetninger for å tilegne deg i selve pasientsituasjonen. Dette fordi intervjuprosessen er basert på kunnskap du ikke hadde forut for pasientmøtet.

Dersom du har spørsmål

Dersom du har spørsmål kan du kontakte oss. Vi gjør oppmerksom på at dersom du velger å sende mail vil du etterlate deg en IP-adresse. Dersom mail likevel er best for deg, anbefaler vi deg å sende mail via din enhetsleder/ leder.

Miriann Jessica Knudsen

Mastergradsstudent i helsefaglig utviklingsarbeid

UiT - Norges Arktiske universitet

Telefon: 941 64 027 Mail: mkn002@post.uit.no

Rolf Andreas Markussen (veileder)

Førsteamanuensis ved Institutt for helse- og omsorgsfag

UiT – Norges arktiske universitet

Telefon: 769 66 151 Mail: rolf.a.markussen@uit.no

Vedlegg 2: Intervjuguide

Innledning

Ønske velkommen

Avklare rammene for intervjuet

Spørre om deltageren har noen spørsmål før intervjuet

Sikre samtykke (muntlig)

Minne på taushetsplikt og at jeg vil passe på at taushetsplikten ivaretas, og minne deltageren på dette dersom jeg opplever at intervjuet beveger seg utenfor aktuelle rammer.

Tema 1: Bildet

Main question:

Kan du fortelle meg om bild(en)e du har tatt med deg hit i dag?

Follow-ups:

Er dette bilder du har tatt selv, eller er det bilder du har funnet et annet sted?

Dersom informanten har tatt bildet selv:

Hva ønsket du å fange opp i dette bildet?

Føler du har du har fått fanget opp det du ønsker?

Dersom informanten har funnet bildet på internett/annet:

Hvorfor valgte du dette bildet?

Føler du at bildet fanger opp det du ønsker?

Probes :

Kan du utdype det mer?

Tema 2: Tegn og signaler

Main question

Hva så du rent visuelt i møte med pasienten(e)?

Follow-ups

Er dette visuelle inntrykk du har sett før hos pasienten?

Er dette noe du har sett hos andre pasienter?

Probes

Kan du innenfor rammene for taushetsplikt gi et eksempel på det?

Tema 3: Fortolkningen av tegn og signaler

Main question

Hva tenkte du rundt de tegnene og signalene du visuelt så?

Follow-ups

Hva tenker du er bakgrunnen for at du tenkte det?

Er dette tanker du får basert på kunnskap du har tilegnet deg gjennom utdanningsforløp?

Er dette tanker du får basert på erfaringer du har gjort deg i møte med andre pasienter?

Probes

Kan du utdype det?

Tema 4: Magefølelsene

Main questions

Hvordan satt du?

Hvordan kjente du deg i kroppen?

Hvordan forstår du selv magefølelsen du fikk?

Follow-ups

Kan du vise meg?

Har du kjent på en slik følelse før?

Hva tenker du selv om dette?

Probes

Kan du innenfor rammene for taushetsplikt gi meg et eksempel?

Avslutning

Nå nærmer intervjuet seg slutt. Er det noe du tenker på som du ikke har fått fortalt?

Hvordan synes du dette intervjuet har vært?

Spørre om samtykke igjen.

Minne på mulighetene for oppfølging av RVTS

Sikre at deltageren har min kontaktinformasjon.

Spørre om hvordan jeg kan ta kontakt videre dersom det er behov/ om det er greit

Takke for deltagelsen.

Vedlegg 3: Informasjonsskriv

Invitasjon til deltagelse i mastergradsprosjektet:

«En undersøkelse av selvmordsrisikoens synlighet»

Kunne du tenke deg å delta i et mastergradsprosjekt hvor formålet er å få økt kunnskap om selvmordsrisikoens synlighet? I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva en deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Internasjonale fagmiljø ønsker et paradigmeskifte i måten helsetjenestene jobber med selvmordsrisikovurderinger. Bakgrunnen for dette er at dagens verktøy for selvmordsrisikovurderinger har lav treffsikkerhet og et betydelig variasjon i utfall.

Tidligere forskning viser at til tross for at dagens risikoverktøy anslås å identifisere 2% av pasientene som vil ta sitt liv, er selvmord likevel et sjeldent fenomen i Norge. Videre vet vi at behandlere i psykisk helsevern for voksne (PHV) fanger opp de fleste selvmordsnære pasientene.

Både tidligere forskning og praksisberetninger viser til at mange behandlere beskriver at de kan få en «magefølelse» på at noe er galt. Denne magefølelsen, eller hunchen, beskrives gjerne som «et noe» som de ikke helt har ord for. Det er dette «noe» vi i dette studiet ønsker å undersøke. Dette fordi kunnskapen som ligger i «dette noe» kan være en kunnskapskilde til hvordan vi bedre kan identifisere pasienter i selvmordsfare, og fordi dagens formelle risikovurderinger ikke åpner opp for å vektlegge slike uartikulerte magefølelser.

Hensikten med studiet er derfor å språksette magefølelser med mål om økt kunnskap om selvmordsrisikoens synlighet. Både for å kunne spre kunnskapen til andre deler av

helsetjenesten, men også for å sikre at helsepersonells erfaringskompetanse får en plass i fremtidens helsetjenester. Dette fordi fremtidens helsetjeneste forutsetter økt dokumentasjon gjennom kunnskapsbasert praksis.

Ettersom synet er vår mest dominerende sans i hverdagen, vil studiet nærme seg magesfølelsene gjennom behandlernes synsinntrykk. Til dette vil studiet anvende en visuell metode hvor behandlerne intervjues med bakgrunn i bilder.

Tentativt forskningsspørsmål for studiet er: *Hva ser helsepersonell i psykisk helsevern for voksne (PHV) når de gjør selvmordsrisikovurderinger?*

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du jobber som behandler i psykisk helsevern for voksne (PHV) og gjennomfører selvmordsrisikovurderinger.

Hva innebærer det for deg å delta?

Vi ønsker å intervju fire-seks behandlere i psykisk helsevern for voksne (PHV) ved bruk av photo-elicitation. Dette er en visuell metode hvor intervjudeltagerne blir intervjuet med utgangspunkt i fotografi/bilder.

Dersom du takker ja til å delta i studiet vil du få utdelt en bildeoppgave. Du vil bli bedt om å tenke tilbake på et pasientmøte hvor du kjente på noe du ikke kunne uttrykke med ord. I denne sammenheng knyttet til suicidalfare.

Du vil videre bli bedt om å forsøke å illustrere pasientmøtet ved hjelp av bilder. Disse bildene kan du enten konstruere selv eller finne på internett/andre steder. Du vil få ut fyllende informasjon om bildeoppgaven i forkant av intervjuet. Oppgaven krever ingen forkunnskap om billedtakning. Bildemateriellet vil du ta med deg til et intervju. Intervjuet vil bli tatt opp på lyd og transkribert. Lengden på intervjuet vil variere fra 1-3 timer, avhengig av hvor mye du ønsker å dele med oss.

Ivaretagelse av taushetsplikt under intervjuet

Behandlere som deltar i studiet vil ikke være fritatt fra hovedregel om taushetsplikt Jf. §21 i Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Ettersom dette er bakgrunnsinformasjon som inngår i formelle selvmordsrisikovurderinger minner vi derfor på at pasientcaser må anonymiseres slik at pasienter ikke kan identifiseres. Identifiserende bakgrunnsopplysninger må derfor utelates. Dette kan for eksempel være **kombinasjoner** av bosted, alder, diagnoser og spesielle hendelser.

Intervjuene gjennomføres i tidsrommet oktober til begynnelsen av november 2021.

Dersom du opplever intervjuet belastende vil du få tilbud om støtte fra RVTS Nord.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Miriann Jessica Knudsen

Mastergradsstudent i helsefaglig utviklingsarbeid

Norges arktiske universitet (UiT)

Telefon: 94164027

Mail: mkn002@post.uit.no

Prosjektansvarlig/ Veileder: Rolf Andreas Markussen

Førsteamanuensis ved Institutt for helse- og omsorgsfag

Norges arktiske universitet (UiT)

Telefon: 76966151

Mail: rolf.a.markussen@uit.no

Det er frivillig å delta i prosjektet

Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Ettersom intervjuet er eksplorerende vil du bli spurt ved endt intervju om du fortsatt samtykker til at intervjuet benyttes i studiet.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Samtykkeskjema vil innhentes muntlig. Lydopptak vil lagres direkte i nettskjema, som er en sikker måte å lagre fortrolig data. Dette i henhold til *Prinsipper og retningslinjer for forvaltning av forskningsdata ved UiT*. Det vil utelukkende være student og prosjektansvarlig som har tilgang til datamaterialet i prosjektperioden.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Personopplysninger som er lagret på lydopptak vil bli behandlet anonymt i oppgaven og vil slettes innen 3 måneder etter intervjuet. Etter disse 3 månedene vil transkriberte intervju lagres ved nettskjema, hvor alle personopplysninger er anonymisert. All data vil slettes før innlevering av masteroppgaven som er 4. mai 2022.

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, og
- 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. NSD – Norsk senter for forskningsdata AS har 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 ansvarlige for prosjektet eller vårt personvernforbund *Joakim Bakkevold* (77646322) *personvernombud@uit.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) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Miriann Jessica Knudsen
Mastergradsstudent
Helsefaglig utviklingsarbeid
UiT- Norges arktiske universitet

Rolf A. Markussen
Prosjektansvarlig/ Veileder
Førsteamanuensis ved Institutt for helse-
og omsorgsfag

Vedlegg 4: Godkjennelse fra NSD

Referansenummer

358824

Prosjekttittel

Selvmondsrisikovurderinger i psykisk helsevern for voksne (PHV). En undersøkelse av selvmordsrisikoens synlighet

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Rolf Andeas Markussen, rolf.a.markussen@uit.no, tlf: 76966151

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Miriann Jessica Knudsen, mkn002@post.uit.no, tlf: (sensurert)

Prosjektperiode

20.09.2021 - 04.05.2022

Vurdering (1)

30.07.2021 - 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 den 30.07.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 04.05.2022.

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.

TAUSHETSPLIKT

Deltagerne i prosjektet har taushetsplikt. Intervjuene må gjennomføres uten at det fremkommer opplysninger som kan identifisere nåværende eller tidligere pasienter/klienter.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE

REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 5: Oversikt over godkjenninger for bruk av bildene som er publisert i oppgaven

CC = Creative Commons

Bildenummer	Side	Bildetjeneste bildet er funnet	Copyright	Type tillatelse	Dato jeg fikk tillatelse
Bilde 1	36	Getty Image	Getty Image	Kjøpt	07.04.2022
Bilde 2	37	Pexels	CC	Gratis	Fri bruk
Bilde 3	39	Raphaël Neal Photography	Raphaël Neal	Ja *	18.02.2022
Bilde 4	41	Photodeposit	Photodeposit	Kjøpt	17.04.2022
Bilde 5	43	Pexels	CC	Gratis	Fri bruk
Bilde 6	46	Kristina Varaksina Photography	Kristina Varaksina	Ja **	17.02.2022
Bilde 7	47	Colorbox	Colorbox	Kjøpt	17.03.2022
Bilde 8	48	Pexels	CC	Gratis	Fri bruk
Bilde 9	49	Pexels	CC	Gratis	Fri bruk
Bilde 10	50	Munchmuseet	CC	Gratis	Fri bruk
Bilde 11	51	The psych clinic (instagram)	CC***	Gratis	Fri bruk
Bilde 12	57	Wikipedia	CC	Gratis	Fri bruk
Bilde 13	71	Pexels****	CC	Gratis	Fri bruk

* Har hatt mailkontakt med fotografen og fotografen ga meg tillatelse til å bruke bildet i masteroppgaven. Dersom masteroppgaven skulle trykkes i bok/ mange hefter fra en institusjon måtte lisens kjøpes. Tillatelsen er gitt innenfor rammene for masteroppgave (digital innlevering)

** Har hatt mailkontakt med fotografen og blitt gitt personlig tillatelse til å bruke bildet i masteroppgaven

*** Har hatt kontakt med eierne av instagramkontoen Psych Clinic og fikk tillatelse til å bruke bildet da det er underlagt CC (Creative Commons)

**** Bildet er hentet fra Pexels, men er redigert av meg i dataprogrammet ProCreate.

