

Eksistensielle temaer i samtaler med pasienter i selvmordsrisiko.

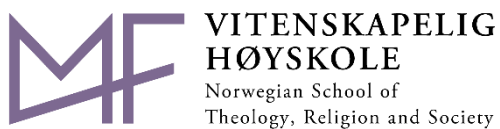
Hvordan ivaretas eksistensielle temaer i samtaler med pasienter i selvmordsrisiko i spesialisthelsetjenesten – med særlig fokus på sykehusprestens rolle?

Ane Inger Bondahl Sjøberg

Avhandling levert for graden ph.d. ved MF vitenskapelig høyskole for teologi, religion og samfunn høst 2022

MF vitenskapelig høyskole for teologi, religion og samfunn, Oslo

Sykehuset Innlandet, Forskningscenter for eksistensiell helse, Ottestad



«Hvorfor begår de ikke selvmord?» (Frankl, 1966a, s. 7)

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	iii
Liste over forkortelser	vii
Liste over figurer	viii
Liste over vedlegg	viii
Forord og takk	ix
Sammendrag	xi
Bakgrunn	xi
Design og metode	xi
Resultat	xii
Konklusjon og implikasjoner	xiii
English abstract	xiv
Background	xiv
Aim	xiv
Design and method	xv
Result	xv
Conclusions and implications	xvi
Avhandlingens publikasjonsliste	xix
Artikkel 1	xix
Artikkel 2	xix
Artikkel 3	xix
1. Innledning	1
1.1 Studiens design	2
1.1.1 Empirisk materiale	2
1.2 Studiens hensikt	2
1.2.1 Delstudie 1	3
1.2.2 Delstudie 2	3
1.2.3 Delstudie 3	3
1.3 Studiens teoretiske plassering og forskningsområde	3
1.3.1 Religionspsykologi	4
1.3.2 Praktisk teologi	7
1.3.3 Sjelesorg	9
1.3.4 Chaplaincy	10
1.3.5 Suicidologi	11
1.3.6 Folkehelse og selvmordets referanser til samfunnet	14

2. Teoretisk rammeverk med avklaringer og definisjoner	15
2.1 Den eksistensielle dimensjonen og mening i livet	15
2.1.1 Den eksistensielle dimensjonen	15
2.1.2 Kulturens betydning for meningsdannelse	19
2.2 Mening i livet	20
2.2.1 Mening i livet – en modell	23
2.2.2 Plissit-modellen	25
2.3. Selvmord – et tema med ulike implikasjoner og perspektiver	26
2.3.1 Selvmordsforekomst på verdensbasis og i Norge	27
2.3.2 Ulike suicidologiske perspektiver	28
2.3.3 Selvmordsforståelse fra ulike eksistensielle perspektiver	30
2.3.4 Posttraumatisk vekst	31
2.3.5 Pasienter i selvmordsrisiko	32
2.3.6 Definisjon av selvmord	35
2.4 Studiens kontekst	36
2.4.1 Spesialisthelsetjenesten i Norge	38
2.5 Nasjonale planer om selvmord	39
2.6. Diagnosemanualer	41
2.7 Sykehusprester i norsk spesialisthelsetjeneste	42
2.7.1 Sykehusprester og behandlere i spesialisthelsetjenesten	42
2.7.2 Sykehusprestens formelle rammer	43
2.7.3 Sykehusprestens kompetanse	45
2.7.4 Sykehusprester og det livssynsåpne samfunnet	45
2.7.5 Samtaler	47
2.8 Forskningsoversikt	48
2.8.1 Selvmord og religiøsitet	49
2.8.2 Selvmord og mening i livet	51
2.8.3 Pasienter i selvmordsrisiko og eksistensielle temaer	55
2.8.4 Sykehusprester og pasienter i selvmordsrisiko i spesialisthelsetjenesten	55
3. Forskningsdesign, metode og forskningsprosessen	57
3.1 Design og metode	57
3.1.1 Hermeneutisk forskningstradisjon og hermeneutisk situasjon	57
3.1.2 Fenomenologisk pragmatisk forskningstradisjon	58
3.2 Utvalg	60
3.2.1 Utvalg og inklusjonskriterier i delstudie 1	60

3.2.2 Utvalg og inklusjonskriterier i delstudie 2	62
3.2.3 Utvalg og inklusjonskriterier i delstudie 3	62
3.3 Innsamling og bearbeiding av data	63
3.3.1 Fokusgrupper og individualintervju	63
3.3.2 Transkribering	64
3.4 Analyse	65
3.4.1 Systematisk tekstkondensering	65
3.4.2 Teoridrevet eller datadrevet analyse	67
3.5 Etske betraktninger	68
4. Resultater	71
4.1 Artikkel 1	71
4.1.1 Artikkelens tittel	71
4.1.2 Hensikt med studien	71
4.1.3. Metode	71
4.1.4 Resultat	71
4.1.5 Konklusjon	72
4.2 Artikkel 2	72
4.2.1 Artikkelens tittel	72
4.2.2 Hensikt	72
4.2.3 Metode	72
4.2.4 Resultat	72
4.2.5 Konklusjon	73
4.3 Artikkel 3	73
4.3.1 Artikkelens tittel	73
4.3.2 Hensikt	73
4.3.3 Metode	73
4.3.4 Resultat	73
4.3.5 Konklusjon	74
4.4. Overordnet analyse av studiens funn	74
4.4.1 Tilnærming og praksis i møte med pasientene i selvmordsrisiko	74
4.4.2 Forståelse av eksistensielle temaer	76
4.4.3 Sykehusprestens rolle	77
5. Diskusjon	79
5.1 Eksistensielle temaer – hvordan de forstås, og hvordan de ivaretas i studiens kontekst	79
5.1.1 Eksistensielle temaer i samtaler med pasienter i selvmordsrisiko	79

5.1.2 Samtaler om eksistensielle temaer i lys av teori om mening i livet	81
5.1.3 Selvmordsforsøket – som eksistensiell erfaring?	91
5.2 Sykehusprestens rolle	94
5.2.1 Sykehuspresten – en utydelig hjelper?	94
5.2.2 Sykehuspresten representerer noe ut over seg selv	96
5.2.3 Sykehuspresten som støttespiller	98
5.3 Kritiske refleksjoner til studien	100
5.3.1 Studiens validitet	100
5.3.2 Reliabilitet	103
5.3.3 Refleksivitet	104
6. Konklusjon	105
7. Implikasjoner	107
7.1 Implikasjoner for videre forskning	107
7.2 Kliniske implikasjoner	108
7.3 Samfunnsmessige implikasjoner	108
Referanser	110

Artikler I, II, III

Vedlegg

Liste over forkortelser

DMS	Distriktsmedisinsk senter
DPS	Distriktpsikiatrisk senter
ECTS	Existential Constructivist Theory of Suicide
ENHCC	The European Network of Health Care Chaplaincy
FAHP	Fagutvalget for prester i helsesektoren
ff/f	følgende sider
FHI	Folkehelseinstituttet
FN	Forente nasjoner
HCP	Healthcare personell
IMV	Integrated motivational model of suicidal behavior
Jf	jamfør
KFI	Kulturformuleringsintervjuet
KEK	Klinisk etikk-komité
LEVE	Landsforeningen for etterlatte etter selvmord
FEK	De nasjonale forskningsetiske komiteer
NSD	Norsk senter for forskningsdata
NSSF	Nasjonalt senter for selvmordsforskning og –forebygging
REK	Regionale etiske komiteer
RFL	«Reasons for Living», grunner for � leve
PKU	pastoralklinisk utdanning
ROP	Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse
RTVs	De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging
STK	Systematisk tekstkondensering
UiO	Universitetet i Oslo

VIVAT Førstehjelp ved selvmordsfare

WHO Verdens helseorganisasjon

Liste over figurer

- Figur 1 illustrasjon av den eksistensielle dimensjonen i en kulturell kontekst, en tilpasset forståelse
- Figur 2 hierarkisk modell om mening
- Figur 3 illustrasjon av Plissit-modellen

Liste over vedlegg

- Vedlegg 1 REK-søknad
- Vedlegg 2 NSD-søknad m/svar
- Vedlegg 3 brev til avdelingssjefer og -sykepleiere, SI Gjøvik, delstudie 1
- Vedlegg 4 brev til enhetsledere, DPS Gjøvik psyk-almen/-akutt og akuttambulans enhet, delstudie 1
- Vedlegg 5 brev til enhetsleder, DPS Gjøvik poliklinikk, delstudie 1
- Vedlegg 6 samtykkeskjema behandlere, delstudie 1
- Vedlegg 7 intervjuguide behandlere, delstudie 1
- Vedlegg 8 brev til behandlere på DPS for inklusjon av pasienter, delstudie 2
- Vedlegg 9 samtykkeskjema pasienter, delstudie 2
- Vedlegg 10 intervjuguide pasienter, delstudie 2
- Vedlegg 11 brev til sykehusprester, delstudie 3
- Vedlegg 12 samtykkeskjema sykehusprester, delstudie 3
- Vedlegg 13 intervjuguide sykehusprester, delstudie 3

Forord og takk

Hvordan samtaler vi om temaer som utfordrer livene våre, og hvordan blir vi møtt når disse temaene trenger seg på? Hvordan får pasienter i utfordrende livssituasjoner anledning til å samtale om sine eksistensielle spørsmål i møte med klinikernes travle arbeidshverdag? Hvilken tilnærming har sykehuspresten i forhold til de øvrige av sykehusets ansatte? Når pasienter i selvmordsrisiko ble innlemmet i prosjektets tema, handlet det om egne erfaringer som sykehusprest i møte med mennesker i utfordrende livssituasjoner. Tema selvmord handler også om erfaringer i mitt eget liv. Dette er noen av spørsmålene og bakgrunnen for ph.d.-prosjektet som jeg har fått anledning til å jobbe med.

Jeg vil rette en takk til Sykehuset Innlandet som ga meg stipendmidler til prosjektet. Gjennom ph.d.-program ved MF vitenskapelige høyskole for teologi, religion og samfunn i Oslo har jeg vært med i et godt og interessant akademisk fellesskap. Jeg er også takknemlig for god rådgivning fra Kari Lillehaug som kunne svare på de mange administrative stipendiatspørsmål som skulle avklares i oppstarten og underveis i arbeidet.

Bibliotektjenesten i Sykehuset Innlandet og MF har bistått meg med opplæring i litteratursøk og bruk av Endnote. Dere har gitt meg utmerket faglig fundert hjelp, tusen takk!

Forskningscenter for eksistensiell helse i Sykehuset Innlandet har vært et viktig referansepunkt. I dette miljøet har jeg brynet meg på mange akademiske utfordringer, godt koblet med hyggelige sosiale møteplasser. Hovedveileder i prosjektet har vært Lars Danbolt og Torgeir Sørensen som bi-veileder. Begge har gitt meg svært nyttige råd og verdifull veiledning underveis, jeg er dere stor takk skyldig! Artikkene med bakgrunn i dette prosjektet har blitt til i samarbeid med disse to veiledere samt Sigrid Helene Kjørven Haug og Lars Lien. I fellesskap har vi fått artikkene ut i det internasjonale rom. En stor takk til dere alle.

Forskergruppene Relpsyk på MF og Exist på VID har vært interessante og viktige møtesteder for meg i arbeidet med ph.d.-prosjektet. Der har jeg hatt mulighet for å presentere prosjektet underveis og jeg har fått fruktbare innspill til videre arbeid. Begge gruppene har gitt meg innsyn i og mulighet til å utøve det akademiske håndverk. Forskningsgruppene har også bidratt til mange viktige og hyggelige møter med mennesker som har jobbet og jobber med relaterte temaer som mitt eget prosjekt. Må hver enkelt ta imot en stor takk. Jeg vil også trekke frem betydningen av å ha vært deltaker ved forskningskolen, The Research School of Religion, Values and Society (RVS), med sine konferanser og seminarer. Det nordiske

forskningsnettverket for tro og helse, The Nordic Network of Research in Faith and Health, har også være en viktig møteplass.

Uten informanter intet datamaterialet for analyse og resultat. Både behandlere, sykehusprester og ikke minst de åtte personene som delte sine historier om sårbare hendelser i livene sine. Tusen takk for at dere delte av deres tid, innsikt og erfaring! I forlengelsen av dette vil jeg rette en takk til dere i klinisk og administrativ virksomhet som gjorde det praktisk mulig å nå informantene og å gjennomføre intervjuene i dyrebar arbeidstid.

Så er det alle dere som har spurt hvordan det går og som har heiet på meg, både i oppturer og når arbeidslysten har vært redusert. Kolleger, gode venner og familie - Takk for spørsmålene, støtten og omsorgen.

Til sist og ikke minst gjenstår en stor takk til min nærmeste familie som tålmodig og stødig har gått sammen med meg i med- og motvind, hjertelig takk for uvurderlig støtte underveis.

«Det var en liten gutt som gikk å gret og var så lei.....» slik skriver Prøysen i sangen; «du skal få en dag i mårrå.....». Denne sangen kan delvis være beskrivende når jeg ser tilbake på min ph.d.-vandring. Heldigvis er det en dag i morgen som står der rein og ubrukt med blanke ark og nye fargestifter!

Gjøvik, mars 2023

Ane Inger Bondahl Søberg

Sammendrag

Bakgrunn

Hensikten med denne avhandlingen er å utforske og forstå hvordan eksistensielle temaer er ivaretatt i samtaler mellom helsepersonell og pasienter i selvmordsrisiko i spesialisthelsetjenesten. Et særlig fokus er på sykehusprestens rolle.

Årlig blir omkring 650 personer registrert med selvmord som dødsårsak i Norge (Folkehelseinstituttet, 2022) og omlag 4-6000 personer behandlet i helsevesenet for selvmordsforsøk (NSSF, 2017). I spesialisthelsetjenesten kan både de somatiske og psykiske helsetjenestene bli involvert på grunn av skader og oppfølging etter selvmordsforsøk.

Spesialisthelsetjenestens oppgaver overfor pasienter i selvmordsrisiko er å gi både akutt medisinsk, psykologisk hjelp og mer langsiktig oppfølging med et særlig fokus på forebygging. I det senere har vi også sett en økende interesse for de eksistensielle sidene relatert til selvmord. Denne avhandlingen sikter mot å få fram utdypende kunnskap om hvordan eksistensielle sider ved det å være i selvmordsrisiko kommer til uttrykk og tas tak i i samtaler som pasienter har med personell i spesialisthelsetjenesten så som leger, psykologer, sykepleiere, sosionomer og sykehusprester. Følgende tre forskningsspørsmål er stilt:

1. Hvilke eksistensielle temaer kommer opp, og hvordan blir disse temaene ivaretatt i samtaler mellom pasienter i selvmordsrisiko og behandlere?
2. Hva er pasienter i selvmordsrisiko sine erfaringer når det gjelder å samtale om eksistensielle temaer i møte med behandlere i spesialisthelsetjenesten?
3. Hvordan utforsker sykehusprestene eksistensielle temaer i samtaler med pasienter i selvmordsrisiko og hvordan brukte de erfaringene sine og kompetansen sin i arbeidet?

Design og metode

Vi har benyttet tre delstudier for å utforske fenomenet.

Delstudie 1: Vi utforsket hva helsearbeidere i somatiske sykehus og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten forstod som eksistensielle temaer, og hvordan disse temaene fremkom og ble ivaretatt i samtaler med pasienter som hadde forsøkt å ta livet sitt.

Delstudie 2: Vi utforsket hvordan pasienter i selvmordsrisiko oppfattet sitt møte med spesialisthelsetjenesten, med spesielt blikk på samtaler om eksistensielle temaer.

Delstudie 3: Vi utforsket hvordan sykehusprestene utforsket eksistensielle temaer i samtaler med pasienter i selvmordsrisiko og hvordan de brukte sin kompetanse og praksis i dette arbeidet.

Hele studien har et kvalitativt design. I delstudie 1 og 3 ble det brukt fokusgruppeintervjuer. I delstudie 1 var det tre fokusgrupper med behandlere fra ulike somatiske avdelinger og fra psykisk helsevern. I delstudie 3 var det fire fokusgrupper med sykehusprester fra tre av landets fire helseforetak. I delstudie 2 ble det gjennomført individualintervjuer med åtte pasienter som hadde utført minst ett selvmordsforsøk. Alle åtte var i kontakt med psykisk helsevern på intervjutidspunktet.

Materialet ble transkribert og analysert ved hjelp av en tilpasset form av systematisk tekstkondensering, STK, en pragmatisk metode for tematisk analyse spesielt utviklet for bruk i kvalitativ helseforskning (Malterud, 2017, s. 97ff).

Teoretisk plasserer studien seg inn under religionspsykologi, med mening i livet som forskningsområde. I tillegg knytter studien an til praktisk teologi og forskningsområdet sjelesorg og «chaplaincy» da det er sykehusprestens rolle vi ønsker å utforske. Med bakgrunn i studiens pasientgruppe relateres studien også til fagområdet suicidologi.

Prosjektet søkte Norsk senter for forskningsdata (NSD) og ble godkjent. Vi fulgte NSDs forskningsetiske retningslinjer i det videre arbeidet.

Resultat

Delstudie 1 viste at behandlerne var lojale mot de terapeutiske oppgavene og avdelingens prosedyrer. De ønsket å møte pasientene med respekt og forståelse. Å samtale om eksistensielle temaer i møte med pasientene ble opplevd som viktig, men krevende i praksis. Denne typen samtale utfordret behandlerne både profesjonelt og personlig. Hvordan de jobbet med disse temaene, syntes å være basert på klinisk erfaring. Det var vanskelig å se hvordan de eksistensielle temaene ble tatt inn i deres praksis og forståelse. Informantene i delstudie 2 opplevde at de ble møtt med respekt og forståelse, selv om det også fremkom unntak fra dette. Eksistensielle temaer som tro, død, selvmordsforsøk, tap og tilhørighet ble mindre omtalt i samtaler med behandlerne. Temaer som økonomi, jobb, relasjoner og skam var derimot ofte samtaletemaer. Deltakernes opplevelse av skam og selvforakt, tap, traumer og brutte relasjoner var sentrale utfordringer i tilknytning til selvmordsforsøket(ene). Flere av informantene var usikre på om de ønsket å leve, eller om de ville gjøre et nytt selvmordsforsøk. Andre informanter ville gjenoppbygge ny mening i livet etter

selvmordsforsøket. Analysen i delstudie 3 viste at sykehusprestetjenesten la vekt på å lytte til og være et vitne til pasientens fortelling. Med sin rolle som sykehusprest ble de et symbol på kirken, dens tradisjoner, verdier, et uttrykk for tro og noe «større». De samtalte og utforsket temaer som tro, død og liv, sorg og tap sammen med pasientene. Taushetsplikten trygget pasientene, men kunne være en utfordring for sykehusprestene avhengig av temaene som ble tatt opp.

Konklusjon og implikasjoner

Studien gir et bilde av flerfaglige tjenester og oppgaver. Behandlere opplever det som utfordrende å samtale om eksistensielle temaer i møte med denne pasientgruppen, samtidig som de ønsker å vise forståelse og hjelpe. De er lojale mot arbeidsoppgavene i sine respektive avdelinger. Videre ser vi at pasienter i selvmordsrisiko opplever at sentrale temaer uteblir, og at noen er ambivalente til om de vil gjøre flere selvmordsforsøk. Andre ønsker å søke ny mening i livet og leve videre uten nye selvmordsforsøk. Sykehusprester samtaler om eksistensielle temaer som død, liv, selvmordsforsøket, tap, og tro. De ønsker å være et vitne til pasientens fortelling, men de er noe utydelige i tverrfaglig sammenheng og kommuniserer utydelig om hva de spesifikt kan bidra med i møte med denne gruppen pasienter.

Vi ser et behov for styrket kompetanse i spesialisthelsetjenesten på området eksistensiell tematikk relatert til pasienter som kommer inn på sykehuset etter et selvmordsforsøk. Det kan jobbes for å implementere verktøy og styrke tverrfagligheten i det selvmordsforebyggende arbeidet. Samtaler om eksistensielle temaer kan innlemmes mer i behandlingen likt med øvrige tilnærminger.

English abstract

Background

The purpose of this thesis is to explore and discuss how existential themes are taken care of in conversations between healthcare personnel and patients at risk of suicide in the specialist healthcare service. A particular focus is on the role of hospital chaplains.

Annually, around 650 people are registered with suicide as the cause of death in Norway (Folkehelseinstituttet, 2022) and around 4-6000 people are treated in the healthcare system for suicide attempts (NSSF, 2017). In the specialist healthcare service, both somatic and mental health departments can be involved due to injuries and follow-up after suicide attempts.

The specialist health service's tasks towards patients at risk of suicide are to provide both acute medical and psychological help and longer-term follow-up with a particular focus on prevention. We have also seen a growing interest in the existential aspects related to suicide, and this thesis aims to obtain in-depth knowledge about how the existential aspects of being at risk of suicide are expressed and addressed in meetings that patients have with personnel in the specialist health services such as doctors, psychologists, nurses and hospital chaplains. The following three research questions have been asked:

1. Which existential themes come up, and how are these themes taken care of in conversations between patients at risk of suicide and therapists?
2. How did patients at risk of suicide perceive their meetings with therapists in the specialist health care service when it comes to talking about existential themes?
3. How do hospital chaplains explore existential themes in conversations with patients at risk of suicide and how do they use their experiences and expertise in their work?

Aim

The overall aim of this study was to explore and understand how existential issues are addressed in conversations with people at risk of suicide in the specialist healthcare service, with a special focus on the role of hospital chaplains.

We used the following three sub-studies to explore the phenomenon:

Sub-study 1: We explored what health professionals in somatic hospitals and mental health care in the specialist healthcare service perceived as existential themes, and how these themes emerged and were addressed in conversations with patients who had tried to take their own lives.

Sub-study 2: We explored how patients at risk of suicide perceived their encounter with the specialist healthcare service with particular focus on conversations about existential topics.

Sub-study 3: We explored how healthcare chaplains report their exploration of existential themes in conversations with patients at risk of suicide, and how do they incorporate their skills and competences in doing so.

Design and method

The study has a qualitative design. Sub-studies 1 and 3 used focus groups as a method for collecting the material. In sub-study 1 there were three groups of therapists from different somatic wards and different units from the mental health divisions. In sub-study 3, there were four focus groups consisting of employees in the chaplaincy service in three of the country's four health care regions. In sub-study 2, we conducted individual interviews with eight patients who had carried out one or more suicide attempts. At the time of the interviews, they were all in contact with various units in mental health care.

The material was transcribed and analysed using an adapted form of systematic text condensation (STK). Systematic text condensation is a pragmatic method of thematic analysis and is specially developed for use in qualitative health research (Malterud, 2017, s. 97ff).

The study's theoretical positioning is in the field of psychology of religion, within the research field of meaning in life, and in practical theology and the research field of chaplaincy because of our interest in chaplains' role in the specialist healthcare services. Based on the study's patient group, we also find support in the field of suicidology.

The project was reported to the Privacy Ombudsman at the Norwegian Centre for Research Data (NSD), and complied with the Ombudsman's guidelines for data processing.

Result

Sub-study 1 showed that the therapists were loyal to their therapeutic duty and the procedures in their departments and wanted to meet the patients with respect and understanding. Discussion of existential topics with the patients was seen as important, but also challenging. Their ways of working with these topics seemed to be based on their clinical experience. Such conversations were challenging, and affect the healthcare professional both

professionally and personally. It was not easy to see how these themes were implemented in their practice or therapeutic understanding. The informants in sub-study 2 experienced that they were met with respect and understanding, although there were also exceptions to this. Existential issues such as faith, death, suicide attempts, loss and belonging were discussed to a lesser degree.

Topics such as finances, work, relationships and shame, on the other hand, were often topics of conversation. We could see that the participants' feelings of shame and self-loathing, loss, trauma and broken relationships were key challenges in connection with their suicide event. Several of the informants were unsure whether they would continue living or make a new suicide attempt. The other informants wanted to revised their opinion after the suicide incident. The analysis in sub-study 3 showed that the hospital chaplaincy service emphasized a multi-faceted perspective and listening to the patient's story. In their role as hospital chaplains, they become a symbol of the Church and its traditions, values. expressions of faith and a symbol connected to someone "beyond themselves". They talked and explored topics of faith, death and life, and grief and loss together with the patients. The duty of confidentiality safeguarded the patients but could be a challenge for the hospital chaplains depending on the topics raised. The hospital chaplains sometimes experienced embarrassment in meetings with other groups of health professionals.

Conclusions and implications

The study provides a picture of multidisciplinary services and tasks. Therapists find it challenging to talk about existential topics in meetings with this patient group, while also wanting to show understanding and to help. They show loyalty to their respective departments' work tasks. Furthermore, we see that patients at risk of suicide find that key issues are not addressed and that some are ambivalent regarding the possibility of more suicide attempts.

Others want to seek new meaning and continue their lives without new suicide attempts. Hospital chaplains talk about existential topics such as death, life, the suicide attempt and faith, but they seem to be less visible in an interdisciplinary context and speak vaguely about what they can specifically contribute in their encounter with this group of patients.

We see a need for greater competence in the area of existential themes related to patient at suicide risk coming in to hospital after a suicide attempt. Efforts can be made to implement

tools and strengthen interdisciplinary processes in suicide prevention work. Conversations on existential topics can be made more implicit in the treatment, in the same way as other approaches.

Avhandlingens publikasjonsliste

¹Artikkel 1

Ane Inger Bondahl Sjøberg, Sigrid Helene Kjørven Haug, Lars Johan Danbolt,

Lars Lien & Torgeir Sørensen (2018). Existential themes in the treatment of people at suicide risk. Understandings and practices of specialist healthcare professionals. *Mental Health, Religion & Culture*, 21(6), 588–600, DOI: 10.1080/13674676.2018.1524860

Artikkel 2

Ane Inger Bondahl Sjøberg, Lars Danbolt, Torgeir Sørensen and Sigrid Helene Kjørven Haug (2022). Patients at Risk of Suicide and Their Meaning-in-Life Experiences. *Archives for the Psychology of Religion*, 40 (1), DOI:10.1177/00846724221137620

Artikkel 3

Ane Inger Bondahl Sjøberg, Lars Danbolt, Sigrid Helene Kjørven Haug og Torgeir Sørensen (2022). Hospital Chaplains as Interlocutors on Existential Themes with Patients at Risk of Suicide: A Norwegian Qualitative study. *Health and Social Care Chaplaincy*, DOI: 10.1558/hsc.xxxx (Artikkelen er under publisering).

¹ De tre artiklene er skrevet av flere forfattere, som da er forskergruppen. Artiklene er videre utformet i henhold til det enkelte tidsskrift sine retningslinjer. Avhandling er stipendiaten, Ane Inger Bondahl Sjøberg, sitt selvstendige arbeid. Dette medfører at det noen steder vil det refereres til «vi», altså forskergruppens arbeid, andre steder «jeg», som viser til stipendiaten selvstendige arbeid.

1. Innledning

Før stipendperioden arbeidet jeg som sykehusprest i spesialisthelsetjenesten, ved et av landets sykehus. Stillingen var fordelt med ulike prosenter i somatisk og i distriktpsikiatriske enheter. Oppgaven som sykehusprest innebærer blant annet å samtale med pasienter om eksistensielle temaer. Ett spørsmål jeg stilte meg i sammenheng med dette, var om de pasientene som ønsket og trengte samtaler med en sykehusprest, faktisk fikk tilbud om dette. Et klart inntrykk var at flere pasienter ønsket samtaler med en sykehusprest, men at dette ikke ble fanget opp av behandlerne. Det syntes slik å være et udekket behov hos pasienter i krise. Jeg ble videre nysgjerrig på behandlernes forståelse av eksistensielle temaer og hvilken funksjon sykehusprester har i sykehusene.

Årlig blir omkring 650 personer registrert med selvmord som dødsårsak i Norge, i 2021 var antallet 658 (Folkehelseinstituttet, 2022). Man antar at det er rundt 4-6000 personer som behandles i helsevesenet for selvmordsforsøk årlig (NSSF, 2017). Selvmord er en handling som uttrykker smerte, men også aggresjon mot seg selv (Beskow et al., 2015, s. 5; Farstad, 2016, s. 190; Shneidman, 1993). Det er en handling som har vært og som til en viss grad fortsatt er tabubelagt (Ekeberg, 2006). Samtidig søker samfunnet å få større åpenhet for å forhindre at det skjer selvmord (Departementene, 2020a). Selv om man kjenner til ulike årsaksfaktorer til selvmord, er det vanskelig å gi en fullstendig forklaring for hvorfor mennesker forsøker å ta livet sitt, og bildet er sammensatt (O'Connor & Nock, 2014).

Suicidologi er både et fagområde og et forskningsområde som omhandler selvmord (Kuzmanic, 2012), og det er ulike fag- og forskningstilnærminger til selvmord uten at det er tydelige forbindelser mellom disse områdene (Ajdacic-Grossa et al., 2019). I spesialisthelsetjenesten har sykehusprester og behandlere i oppgave å samtale med og følge mennesker som har gjort handlinger som kan forstås som forsøk på å ta sitt eget liv. Disse profesjonsgruppene har ulike mandater og rammer for arbeidet sitt, men skal samarbeide ut fra en forståelse om helhetlig tilnærming i omsorgen og behandlingen som gis til pasientene (Knizek et al., 2021; Koslander et al., 2009). Denne studien ønsker primært å utforske og forstå hvordan pasienter i selvmordsrisiko får ivaretatt sine eksistensielle tanker og erfaringer etter et selvmordsforsøk, særlig med tanke på at det skal være en helhetlig personsentrert behandling i spesialisthelsetjenesten (DeMarinis, 2003 kap. 2; 2018, s. X-XVI).

Denne avhandlingen er organisert i sju hovedkapitler. Dette første kapitlet er en introduksjon som viser studiens design, empiriske materiale, hensikt og teoretiske plassering og

forskningsområde. Kapittel 2 viser teoretisk rammeverk med tilhørende begrepsavklaringer og definisjoner. Kapittel 3 tar for seg studiens design, metode og forskningsprosess. Kapittel 4 viser de tre delstudiene og en oppsummering av de samlede resultatene fra disse. Kapittel 5 diskuterer funnene og gir kritiske refleksjoner til studien. Kapittel 6 er avhandlingens konklusjon. Til sist kommer kapittel 7 som viser studiens bidrag og implikasjoner samt at jeg peker på videre forskning. Ut over disse sju kapitlene tilkommer referanseliste, studiens tre artikler, og vedlegg.

1.1 Studiens design

Studiens tema søkes belyst gjennom et kvalitativt design. Materialet ble analysert med en tilpasning av systematisk tekstkondensering, STK (Malterud, 2017, s. 97ff), en tematisk analysemodell inspirert av Giorgis deskriptive fenomenologiske metode tilpasset av Malterud (Giorgi, 2012). Studiens materiale er deltakernes erfaringer og forståelse, slik dette er formidlet gjennom intervjuene. Ut fra studiens problemstilling synes det hensiktsmessig å velge en fortolkende tilnærming innenfor en hermeneutiske forskningstradisjon i psykologi (Belzen & Hood, 2006; Giorgi, 2012).

1.1.1 Empirisk materiale

Studiens empiriske materiale består av intervjuer fra tre ulike delstudier med henholdsvis 19 behandlere i spesialisthelsetjenesten, åtte pasienter som har utført minst ett selvmordsforsøk, og 16 sykehusprester som var ansatt i spesialisthelsetjenesten. For alle studiene var det en balansert kjønns sammensetning. Intervjuene for delstudie 1 og delstudie 3 ble gjort som fokusgruppeintervjuer. Intervjuene i delstudie 2 var individualintervjuer. Lydopptak fra alle intervjuene ble transkribert for videre analyse.

1.2 Studiens hensikt

Studiens mål var å beskrive og gi en utdypende forståelse av hvordan eksistensielle temaer ivaretas i samtaler med personer med selvmordsrisiko i spesialisthelsetjenesten – med et særlig fokus på sykehusprestens rolle.

For å belyse problemstillingen ble følgende forskningsspørsmål formulert:

1. Hvilke eksistensielle temaer kommer opp, og hvordan blir disse temaene ivaretatt i samtaler mellom pasienter i selvmordsrisiko og behandlere?
2. Hva er pasienter i selvmordsrisiko sine erfaringer når det gjelder å samtale om eksistensielle temaer i møte med behandlere i spesialisthelsetjenesten?

3. Hvordan utforsker sykehusprestene eksistensielle temaer i samtaler med pasienter i selvmordsrisiko og hvordan brukte de erfaringene sine og kompetansen sin i arbeidet?

Forskningsspørsmålene ble operasjonalisert i tre delstudier, se under, og publisert som tre artikler, se s. xix.

1.2.1 Delstudie 1

Målet var å utforske hva helsearbeidere i relevante avdelinger i spesialisthelsetjenesten forstod som eksistensielle temaer, og hvordan disse temaene fremkom og ble ivaretatt i samtaler med pasienter som hadde forsøkt å ta livet sitt. Denne studien resulterte i artikkel 1, der målet ble formulert på følgende måte: «To investigate what HCPs (healthcare personnel) in the relevant departments of the specialised healthcare services understand as existential themes, and how these themes are addressed in their therapeutic encounters with patient who have attempted suicide». (artikkel 1)

1.2.2 Delstudie 2

Målet var å utforske hvordan pasienter i selvmordsrisiko erfarte møtet med helsepersonell i spesialisthelsetjenesten etter et selvmordsforsøk. Denne studien resulterte i artikkel 2, der målet ble formulert som følger: «To explore how patients at risk of suicide perceived their encounters with specialist healthcare professionals after a suicide attempt, with special reference to meaning in life experiences». (artikkel 2)

1.2.3 Delstudie 3

Målet var å utforske hvordan sykehusprestene forstod sin rolle, og hvordan de utforsket eksistensielle temaer i samtaler med pasienter i selvmordsrisiko. Denne studien resulterte i artikkel 3, som hadde følgende forskningsspørsmål: «How do Norwegian healthcare chaplains report their exploration of existential themes in conversation with patients at risk of suicide, and how do they incorporate their skills and competences in doing so?» (artikkel 3)

1.3 Studiens teoretiske plassering og forskningsområde

Denne studien søker å utforske og forstå hvordan eksistensielle temaer blir ivaretatt i samtaler med pasienter i selvmordsrisiko, med et særlig fokus på sykehusprestens rolle. Studien knytter de eksistensielle temaene til forskningsområdet mening i livet, med de tilhørende områdene meningsfullhet, meningskrise og kilder til mening (Schnell, 2009; Schnell, 2021, s. 6ff). De eksistensielle temaene er pasientenes erfaring av mening i livet før, under og etter

selvmordsforsøket slik dette fremkommer i pasientenes samtaler med behandlere og sykehusprester i spesialisthelsetjenesten.

Studiens hovedtema gjelder samtaler om eksistensielle temaer, og den primære faglige forankringen er eksistensielt orientert religionspsykologi med vekt på individers erfaring av mening i livet. De involverte i disse samtalene er behandlere, pasienter i selvmordsrisiko og sykehusprester fra somatiske avdelinger og fra psykisk helsevern som har samtaler med pasientene i selvmordsrisiko. Det innebærer at studien i tillegg til religionspsykologi også er i dialog med fagområde suicidologi og de praktiske teologiske fagområdene chaplaincy og sjelesorg. Chaplaincy (institusjonsprestetjeneste) er nært forbundet med sjelesorgfaget, og samtaler om eksistensielle temaer i spesialisthelsetjenesten som er et voksende fag- og forskningsområde både innen chaplaincy- (Danbolt, 2019; Stifoss-Hanssen, Danbolt, et al., 2019) og innen sjelesorgforskningen (Austad & Johannessen-Henry, 2020; Grung et al., 2016; Stifoss-Hanssen, Grung, et al., 2019). Videre i dette kapitlet vil jeg gå nærmere inn på disse berørte fagområdene samt kort si noe om studiens relasjon til folkehelse.

1.3.1 Religionspsykologi

Religionspsykologi er en underdisiplin til psykologi (Belzen & Hood, 2006, s. 6; Emmons & Paloutzian, 2003, s. 377). Det er et sammensatt fagområde som undersøker religiøse og åndelig erfaring, adferd og funksjon fra et psykologisk perspektiv (Danbolt, 2014, s. 18) ved hjelp av psykologiske og samfunnsvitenskapelige metoder, teorier, begrep og modeller (Belzen & Hood, 2006; Emmons & Paloutzian, 2003, s. 395).

Faget har historiske linjer fra amerikanske William James (1842–1910) og europeiske Sigmund Freud (1856–1939) og fremover (Engedal, 2014a, s. 71; Hill et al., 2000). Felles for James og Freud var at disse to hadde en forståelse av menneskets eksistens der mennesket fremstår sårbart og truet, og at religionen gir et vern: «Religionens eksistensielle mening og psykologiske tiltrekningskraft er knyttet til denne sårbarheten og tilbyr mennesket trygghet, mening og beskyttelse» (Engedal, 2014a, s. 83).

Engedal (2011; 2014b, s. 47ff) viser til tre ulike teoritradisjoner: 1. Det *dybdepsykologiske* paradigme, hvor den psykoanalytiske forskningen står sentralt. Fokuset rettes mot bevisste og ubevisste følelser og fantasier som preger individets indre verden. 2. Det *objektiverende* paradigme, hvor man vektlegger verifiserbare størrelser for å gi vitenskapelig troverdighet, og søker å etablere teorier og begreper som står i forhold til religiøsitet og religiøs adferd (Engedal, 2011; Engedal, 2014b, s. 49). 3. Det tredje paradigmet er det *humanistiske*, hvor

man søker å benytte ulike metodiske tilnæringer i religionspsykologisk forskning. Metodiske tilnæringer er her hentet fra samfunnsvitenskap og humanistisk vitenskap, med både kvalitative og kvantitative design (Belzen & Hood, 2006; Engedal, 2011; Engedal, 2014b; Wulff, 1997). I forlengelsen av den humanistiske tradisjonen står positiv psykologi, som har hatt en betydelig vekst i de senere årene. Et sentralt anliggende innen positiv psykologi er å stille spørsmålet om hva det er som gjør mennesket grunnleggende «authentically happy» (Engedal, 2014b, s. 51). Humanistisk psykologi er ofte blitt forbundet med eksistensiell psykologi (Austad, 2014, s. 151), og sentralt er spørsmålet om mening i livet (Schnell, 2021).

Den eksistensielle tradisjonen utforsker spørsmålene knyttet til menneskets iboende eksistensielle angst. Den søker svar på hva det vil si å være menneske i et større perspektiv (Austad, 2014, s. 147f). For de ulike terapeuter og skoleretningene innen eksistensiell psykologi går skillelinjene på hvordan de forholder seg til eksistensiell smerte (Austad, 2014, s. 154). Allikevel kan man se en felles forståelse om at lidelsen kan gi vekst og modning (Schnell, 2022, s. 5). Den eksistensielle erfaringen kan endre holdningen og gi mening til det som er utfordrende i livet, ved at vi forholder oss aktivt til de eksistensielle utfordringene (Austad, 2014, s. 155), se 2.3.3. Denne avhandlingen står i en humanistisk eksistensielt orientert tradisjon. I denne tradisjonen finner vi også Irvin Yalom, som jeg knytter an til i artikkel 1. Se nærmere omtale av Yalom i avsnitt 2.1.1. De ulike teoritradisjonene viser at faget er i berøring med ulike fagområder som for eksempel medisin, sykepleie, teologi og antropologi (Danbolt, 2014, s. 18). Wulff (2019) avgrensner imidlertid religionspsykologi mot religiøs psykologi, og argumenterer for at religion og psykologi ikke skal være to adskilte fagområder eller integrasjon av psykologi i teologi (Wulff, 2019, s. 1). Det vektlegges en tydeligere psykologisk forankring og presisjon i begrepsbruk i fagets selvpresentasjon (Paloutzian & Park, 2021, s. 4f/11f).

Religionspsykologi undersøker hvilken funksjon tro og livssyn har for individet og grupper (Danbolt, 2014, s. 18). Et av kjerneområdene for religionspsykologi er å studere hvordan individet skaper og erfarer mening i livet (Danbolt, 2014, s. 18). Faget interesser seg også for hvordan tro og livssyn innvirker på individet og kan være til støtte eller byrde under sykdom og når man er i krise (Danbolt, 2014, s. 18; Stålsett, Austad, et al., 2010). Området omtales da som klinisk religionspsykologi der religionspsykologiske emner studeres i en klinisk kontekst (Van Uden & Pieper, 2003, s. 156).

Aktuelle diskurser i det religionspsykologiske feltet relatert til klinisk religionspsykologi i et folkehelseperspektiv i nordisk sammenheng handler for eksempel om pasientgrupper i psykisk helsevern som samtaler om eksistensielle temaer (Frøkedal et al., 2019), om eldre kreftpasienters sykdomserfaringer (Haug et al., 2016), om frivilliges arbeid i selvmordsforebyggende krisetelefoner (Vattø, 2020) og om eksistensiell meningsdannelse i psykisk helsevern (Lilja et al., 2016; Lloyd et al., 2016; Lloyd et al., 2015) og om identitet og meningsdannelse ved migrasjon og kulturmøter (Dudas, 2020).

Nyere religionspsykologisk forskning har fått fram ny kunnskap om eksistensielle erfaringer. Jeg skal nevne to sentrale forskere som eksempler på viktige bidragsytere fra våre nordiske miljøer. Den første er Valerie DeMarinis, som har vært ledende professor i religionspsykologi ved Uppsala Universitet og som de senere årene har vært tilknyttet Sykehuset Innlandet. Hun forstår den eksistensielle dimensjonen som helt sentral i sammenheng med biologiske, psykologiske, kulturelle og relasjonelle dimensjoner for mennesker. Med eksistensiell dimensjon tenkes det på hvordan mennesket konstruerer mening, noe som berører individets livssyn og -orientering, bruk av symboler og ritualer, hvordan man gjør valg i livet, relaterer seg til andre eller drar veksler på kulturelle og sosiale ressurser (DeMarinis, 2003, 2008). Hun setter også den eksistensielle dimensjonen i sentrum i et folkehelseperspektiv og i sammenheng med medisinsk antropologisk kulturforståelse (DeMarinis, 2013). Jeg kommer nærmere tilbake til dette i avsnitt 2.1.

En annen tilnærming fra nordisk hold finner vi hos danske Peter la Cour (2021). Han bygger videre på George Engels (1977) velkjente bio-psyko-sosiale helsemodell og knytter til det eksistensielle som en fjerde dimensjon. For la Cour representerer den eksistensielle dimensjonen individets «jeg»-perspektiv (la Cour, 2021, s. 189f). Det dreier seg om de opplevelser og orienteringer som et menneske har i sin tilværelse. Det er den subjektive opplevelsen av å være i live og delta i verden. Det handler derfor både om persepsjon og fortolkning av inntrykk og opplevelser, og inkluderer personens orienteringer, refleksjoner, følelser og valg. Den eksistensielle dimensjonen forutsetter dermed kroppslige erfaringer og sansing, samt indre liv med betraktninger om verden og om grunnleggende verdier, håp/håpløshet, forventninger, livsglede, mismot – kort sagt alt som rommes i et menneskes opplevelse av å være «meg» (la Cour, 2021, s. 189-191).

På dette feltet er religionspsykologer i dialog med andre innen helsefag (Binder, 2022) og teologi/filosofi (Sigurdson, 2016) som er opptatt av å utforske hva helse er i sammenheng med individers eksistensielle erfaringer. Innen helsetjenesten brukes begrepet «eksistensiell» ofte

sammen med «åndelig», gjerne relatert til åndelig/eksistensiell omsorg (Helsedirektoratet, 2019 punkt 2.6). Det er også innen chaplaincy-forskningen beskrevet at prestedtjenesten i institusjoner bedre forstås som eksistensiell omsorg enn åndelig betjening (Danbolt et al., 2021, s. 21; Stifoss-Hanssen, Danbolt, et al., 2019, s. 65/68; Zock, 2022, s. 127f.). Når det legges vekt på eksistensielle sider eller dimensjoner ved helse, behandling og omsorg, dreier det seg dermed både om hvordan praksis og forskning forstås og tilrettelegges, og om et flerfaglig engasjement der pasientens situasjon, erfaringer og forutsetninger settes i sentrum gjennom helsemodeller som rommer både biologiske, psykologiske, sosiale og eksistensielle dimensjoner (DeMarinis, 2008, s. 68f; la Cour & Hvidt, 2010). Eksistensielt orientert religionspsykologi er derfor en tilnærming som vil kunne relatere til flerfaglige diskurser og praksiser på feltet.

I denne avhandlingen har jeg valgt å knytte an til det som kalles «*psychology of meaning in life*» slik det er beskrevet av Tatjana Schnell og flere (Schnell, 2021; Sørensen et al., 2019). Denne tilnærmingen gir mulighet til å avgrense det eksistensielle – som kan være et relativt omfattende begrep, jf. ovenfor – til det som kan forstås som det helt sentrale, nemlig erfaring av mening i livet. I Schnells modell er mening i livet et overordnet begrep som favner erfaring av meningsfullhet, meningskrise og kilder til mening. Grunnen til at jeg velger å særlig relatere foreliggende studie til denne modellen, er at den for det første er godt empirisk dokumentert gjennom store forskningsprosjekter, og for det andre at den er velegnet for empirisk forskning og anvendelig for å forstå hva mening som en sentral eksistensiell erfaringsdimensjon dreier seg om (Schnell, 2009; Schnell, 2021; Sørensen et al., 2019). Dette utdypes i 2.2.

Av den grunn går jeg i denne avhandlingen ikke inn på andre viktige religionspsykologiske teorier slik som dybdepsykologi (Engedal, 2014b, s. 47), teorier om coping (Pargament et al., 1990; Pargament, 2011; Torbjørnsen, 2014; Torbjørnsen et al., 2021) eller tilknytningsteori (Halstensen, 2014; Halstensen et al., 2019). Se nærmere under kapittel 2 i avhandlingen.

1.3.2 Praktisk teologi

Praktisk teologiske emneområder dreier seg om kristendommens praksis- og kommunikasjonsformer (Iversen, 2018/ 2022, s. 13), og faget bidrar til samtidens kirkelige praksisfelt med empiriske studier og teoretiske modeller (Iversen, 2018/2022, s. 13; Saxegaard, 2020). Praktisk teologi har i de senere tiårene endret seg ved at fagfeltet har tatt en empirisk vending (Grung et al., 2016, s. 30; Iversen, 2018/2022, s. 39; Kaufman & Danbolt,

2020, s. 7). Dette impliserer at empiriske studier har fått betydning for det teologiske arbeidet (Iversen, 2018/2022, s. 39f). Det kan nevnes empiriske studier innen ekklesiologi, diakoni, homiletikk, sjelesorg og chaplaincy (Danbolt & Stifoss-Hanssen, 2017; Saxegaard, 2020; Stifoss-Hanssen, Danbolt, et al., 2019). I praktisk teologi har det videre skjedd en internasjonalisering, og det er langt flere kvinner som preger fagfeltet nå enn tidligere (Kaufman & Danbolt, 2020, s. 6f).

Bonnie Miller-McLemore identifiserer fire dimensjoner som en måte å forstå praktisk teologi på: 1) Det kan være knyttet til ulike religiøse hverdagspraksiser. 2) Man kan se praktisk teologi som forskningsmetoder. 3) Praktisk teologi kan være et undervisningsfag. Og 4) Praktisk teologi kan representere en fagdisiplin (Miller-McLemore, 2014, s. 6-13).

Hva angår religiøse hverdagspraksiser, har teologien plass for å fange teologisk mening og relevans i det daglige livet (Miller-McLemore, 2014, s. 6-13; Miller-McLemore, 2019, s. 2). Praktisk teologi, som en disiplin som utforsker teologisk mening og har relevans for daglige hendelser, kan slik beskrives som fortolkning av levd teologi (Miller-McLemore, 2019, s. 2). Empirisk står disse hverdagserfaringene og hverdagspraksisene i en tradisjon av teologisk faglighet og akademisk kunnskap (Kaufman & Danbolt, 2020, s. 11). Denne avhandlingen vil relatere seg til praktisk teologi som en fagdisiplin (jf. Miller-McLemores fjerde dimensjon til forståelse av Praktisk teologi), der avhandlingen blant annet undersøker sykehusprestens rolle i møte med pasienter i selvmordsrisiko. Samtidig undersøker avhandlingen menneskelige erfaringer idet sykehusprester møter virkelige mennesker i deres virkelige liv (jf. dimensjonen hos Miller-McLemore), der den praktiske teologiske utøvelsen blir dynamisk utformet i det feltet det praktiseres i (Browning, 2019, kap 23).

Det praktiske teologiske feltet kan blant annet være knyttet til liturgi og gudstjenestens uttrykk (Opsahl, 2020), til diakonalt arbeid (Danbolt et al., 2021), eller til institusjonsprestens oppgaver i institusjoner (Stifoss-Hanssen, Danbolt, et al., 2019; Swift, 2015a), slik som i denne avhandlingen. Praktisk teologi er slik relevant for vår studie fordi resultatene av studien er av interesse for sykehusprestens teologiske praksis (levd teologi) i spesialisthelsetjenesten. Sykehusprestens praksis er en del av helsetjenestens tilbud, der sykehusprestene vektlegger eksistensiell helse og utøver eksistensiell omsorg i møte med pasienter (DeMarinis, 2003, s. 13).

Avhandlingen forholder seg med andre ord til praktisk teologi på flere måter, både som praksisfelt og som forskningsfelt, og knytter an til nyere praktiske teologiske forskning der praksis beskrives og fortolkes med tanke på ny praksis, jf. Brownings modell, *praksis-teori-*

praksis (Browning, 1996), som har tråder til Gadammers hermeneutiske sirkel med forståelse, fortolkning og anvendelse (Gadamer, 2013). Med praksis vektlegges utøvers beskrivelse av og refleksjon over egen praksis, der praksis relateres til Aristotelisk Phronësis (Browning, 1996, s. 3). Dette innebærer at utøver har en refleksiv holdning til ulike teologiske områder og praksiser som knyttes sammen gjennom en hermeneutisk prosess (Browning, 2019, s. 338). Praksis refererer til strategisk praktisk teologi hvor resultatene fra de foregående ledd kobles sammen med kritisk forståelse og strategi for praktisk utøvelse i feltet (s. 339). Jeg knytter an til Miller-McLemores definisjon av disiplinen: «The discipline of practical theology is that area of religious and theological study invested in grasping the theological meaning and relevance of the quotidian, what we might label a *hermeneutics of lived theology* (Miller-McLemore, 2019, s. 2). Og videre “In its focus on concrete instances of religious life, its (practical theology) objective is both to understand and to influence religious wisdom or faith in action in congregations and public life more generally» (Miller-McLemore, 2019, s. 4). Det må slik være en stadig pågående kritisk refleksjon og dialog mellom teori og praksis (O’Connor & Meakes, 2021, s. 279).

Det er ulike retninger og tyngdepunkter i praktisk teologi (Kaufman & Danbolt, 2020; Saxegaard, 2020). Denne avhandlingen vil søke å utforske og forstå sykehusprestens eget praksisfelt, nærmere bestemt sykehusprestens rolle i møter med pasienter i selvmordsrisiko. Av den grunn vil det være relevant å avklare de praktisk teologiske fagområdene sjelesorg og chaplaincy relatert til gjeldene studie.

1.3.3 Sjelesorg

Sjelesorg har ulike retninger og definisjoner (Grevbo, 2006; Okkenhaug, 2002). Grevbo (2006) nevner retninger som budskapsformidlende (kerygmatiske) sjelesorg, bibelbasert (evangelisk) sjelesorg, utrustningsorientert (karismatisk) sjelesorg, fordypende (spiritual) sjelesorg, menighetsfundert (ekkesial) sjelesorg, dybdepsykologisk (analytisk) sjelesorg, partnersentrert (terapeutiske) sjelesorg og samfunnsstøttende (sosio-politisk) sjelesorg. Okkenhaug (2002) trekker frem sjelesorgsretninger som kirkelig orientert tros- og livshjelp, narrativ-, og feministisk sjelesorg (Grevbo, 2006 kap C1; Okkenhaug, 2002, s. 24ff).

Sjelesorgssamtaler er kontekstuelle, og de kan være av formell og uformell art (Austad & Johannessen-Henry, 2020, s. 70ff; Danbolt et al., 2021, s. 22). Forskning blant sjelesørgere i Den norske kirke viser at det ikke stilles krav til tro eller en bestemt form for bekjennelse hos de som kommer for samtale (Grung et al., 2016, s. 35f). Sjelesorg kan slik bli definert inn i en

kontekst der trossammensetningen er omfattende, og sjelesørger møter mangfoldet av pasienter som kommer til samtale, i en respektfull dialog (Frøkedal, 2021, s. 355; O'Connor & Meakes, 2021, s. 280).

I sjelesorg vektlegges å ha en helhetlig tilnærming til personen som kommer for samtale (DeMarinis, 2003), og at vedkommende skal bli tatt på alvor som et medmenneske med de utfordringene vedkommende står i (Farstad, 2016, s. 233). For denne avhandlingen vil det være relevant å se sjelesorg som både formelle og uformelle samtaler i sykehus (Austad & Johannessen-Henry, 2020, s. 70ff). Sjelesorg i sykehus lar seg ikke uten videre klassifisere ut fra det kartet som Grevbo (2006 kap C1) viser til. I tråd med Stifoss-Hanssen, Grung et al., (2019) er det fruktbart å bruke begrepet dialogisk sjelesorg. Dette begrepet søker å formidle samtalen som en fellesskapshandling mellom sjelesørger, med sin historie, kompetanse og rolleforståelse, og den som kommer for samtale, som har sin historie og sine behov (Stifoss-Hanssen, Grung, et al., 2019). At sjelesorgsamtalen er dialogisk gir forståelsen av at det er to parter, relasjonelt, som gir hverandre muligheten til å ytre seg, der man kan gi hverandre rom for nye ord som kan gi endring, beslutning, visshet og så videre (Iversen, 2018/2022, s. 48; Stifoss-Hanssen, Grung, et al., 2019, s. 17).

Relatert til denne avhandlingen er dialogisk sjelesorg en av sykehusprestens ulike oppgaver, der denne søker å gi eksistensiell omsorg i form av samtaler med personer som er i kritiske og marginale livssituasjoner (Berthelsen & Stifoss-Hanssen, 2014, s. 387; McClure, 2012, s. 270; Stifoss-Hanssen, Danbolt, et al., 2019). Dette vil stå sentralt i denne studien der samtaler om eksistensielle temaer mellom pasientene i selvmordsrisiko, behandlere og sykehusprester er forskningsområdet. I denne avhandlingen brukes samtaler som et primært ord, mens sjelesorg viser til den praktisk teologiske fagdisiplinen som sykehusprestens samtalepraksiser har referanse til. Dette legger til rette for at sykehusprestens samtaler (sjelesorg) kan ses i sammenheng med andre fagprofesjoners pasientsamtaler i sykehus (terapi). Jeg viser til avsnitt 2.7.5 for nærmere omtale av samtalen.

1.3.4 Chaplaincy

Problemstillingen har særlig fokus på sykehusprestens rolle. «Chaplaincy» er del av det praktisk teologiske fagområdet og handler om institusjonsprestens arbeid og kompetanse i ulike typer institusjoner (Grung & Bråten, 2019, s. 71f; Stifoss-Hanssen, Danbolt, et al., 2019, s. 61). Institusjoner kan være sykehus, forsvaret, utdanningsinstitusjoner eller kriminalomsorg (NOU 2013: 1, 2013 kap. 15; Stifoss-Hanssen, Danbolt, et al., 2019, s. 61; Swift, 2015a).

Denne avhandlingen gjelder «chaplaincy» i sykehus (Stifoss-Hanssen, Danbolt, et al., 2019; Swift, 2015a kap. 12; Swinton, 2008; Timmins et al., 2017). «Chaplaincy» har nye utfordringer i forbindelse med at befolknings sammensetningen endrer seg (Danbolt, 2019, s. 1; Danbolt et al., 2021, s. 25). Denne endringen påvirker naturlig nok også pasientsammensetningen på sykehusene når det gjelder kultur, tro og livssyn. Med endret pasientsammensetning og pluralisering har diskursen gått fra en religiøs åndelig tilnærming til en eksistensielt orientert tilnærming (Stifoss-Hanssen, Danbolt, et al., 2019, s. 68). I praksis medfører dette endring fra åndelig assistanse til å yte eksistensiell omsorg (Stifoss-Hanssen, Danbolt, et al., 2019, s. 68). Sykehusenes stramme budsjetter og spesialisering vil også påvirke rammene sykehusprestene har for arbeidet sitt (Danbolt, 2019, s. 1-3). Studien vil i det videre benytte betegnelsen «sykehusprest», selv om man internasjonalt benytter «chaplaincy». Begrunnelsen er at benevnelsen «sykehusprest» er en innarbeidet betegnelse i norske sykehus, og at betegnelsen «chaplain» fremdeles ikke er i bruk her til lands. Se mer om sykehusprester i avsnitt 2.7.

1.3.5 Suicidologi

Avhandlingen vil også relatere seg til fagfeltet suicidologi. Det er ulike faglige forståelser og tilnærminger innen suicidologi noen teorier søker å predikere, andre søker å forstå (Hjelmeland, 2022, s. 23f), Denne presentasjonen deler ikke opp fagfeltet ut fra kriteriene om å predikere eller forstå, men søker å vise kompleksiteten i fagfeltet (Hjelmeland, 2022, s. 126). Avhandlingen har primært en religionspsykologisk forankring. Når fagfeltet suicidologi får så stor plass i avhandlingen, er begrunnelsen å gi en større forståelse for studiens pasientgruppe, pasienter i selvmordsrisiko.

Tradisjonelt har medisinsk tilnærming hatt den mest markante stemmen (Kuzmanic, 2012, s. 26). Oppmerksomheten har her vært rettet mot årsaksforhold og risikovurderinger, der intensjonen er å predikere selvmordsfare og forbygge selvmordsforsøk. Vektlegging av psykiske diagnoser har vært fremtredende, blant annet er depresjon beskrevet som å gi stor risiko (Bergmans et al., 2017; Hjelmeland, 2013, s. 3; Lakeman & FitzGerald, 2008).

I mer psykologiske tilnærminger i suicidologi (O'Connor & Nock, 2014) har man vektlagt den psykologiske smerten som en viktig risikofaktor (Verrocchio et al., 2016). Den psykologiske smerten er knyttet til ulike udekkede psykologiske behov hos personen, der selvmordet kan forstås som en måte å møte disse behovene på (Shneidman, 1993; Verrocchio et al., 2016). Andre har vektlagt individets selvdestruktive kraft, og at selvmord kan forstås

som en flukt fra seg selv (Baumeister, 1990). Keefner & Stenvig (2020) uttrykker at blant annet Shneidman (1993) og Baumeister (1990) sine teorier har begrensinger, da deres teorier ikke skiller mellom hvem som har selvmordstanker og hvem som utfører handlingen, ei heller vektlegges risikofaktorenes betydning for personens suicidale intensjon, dødelighet og utfall. Nyere modeller derimot viser at selvmord er en prosess i et spektrum av tanker og handlinger (Keefner & Stenvig, 2020, s. 392).

Innen det psykologiske fagområde er det imidlertid ulike teorier om suicidal adferd. O'Connor & Nock (2014, s. 74) nevner blant annet: «Diathesis-stress-hopelessness model of suicidal behaviour», «Interpersonal-psychological model», og «Integrated motivational model of suicidal behavior», IMV. De to sistnevnte teoriene blir omtalt som teorier tilhørende «ideation to action framework» sammen med «three step theory» (Keefner & Stenvig, 2020, s. 393f; O'Connor & Kirtley, 2018). Disse teoriene søker å finne hva som driver individet fra selvmordstanker til selvmordsforsøk i et spekter av tanker og adferd (Keefner & Stenvig, 2020). «Ideation to action framework»-teoriene betegnes som nyere teorier som søker å forstå selvmordsprosessen. Disse teoriene antar at det er underliggende prosesser med egne forklaringer og forhold som gir selvmordstanker i forhold til selvmordsadferd. De faktorer som leder til utvikling av selvmordstanker, er forskjellig fra det som fører til selvmordsforsøk eller til et fatalt selvmord (Keefner & Stenvig, 2020, s. 393; O'Connor & Kirtley, 2018, s. 6).

Innen det psykologiske fagfeltet er det også teorier forankret i eksistensiell tenkning. Her viser jeg til eksistensiell konstruktivistisk suicidal teori, «Existential Constructivist Theory of Suicide» (ECTS) (Rogers, 2001; Rogers, 2003). Denne teorien har bakgrunn i eksistensiell psykologi beskrevet av Yalom (1980) og kritisk konstruktivisme beskrevet av Mahoney (1991). Rogers (2001, s. 19f) bygger blant annet på Yalom sin teori om angsten som utspiller seg i tilknytning til de grunnleggende livsvilkårene, død, frihet, isolasjon og meningsløshet. En nyere variant av ECTS viser at fokus på rekonstruksjoner av mening, «reconstruction of meaning», ved krevende livshendelser kan ha positiv betydning for selvmordstanker (Lockman & Servaty-Seib, 2018), se 2.3.2 og 2.3.3.

Det uttrykkes at man tidligere var mer intuitive og ikke teoridrevet. Man trakk slutninger fra observasjon i praksis for å forklare suicidale tanker og handlinger (Keefner & Stenvig, 2020, s. 390), mens man nå søker å utvikle teorier som er teoretisk forankret og som er empirisk testet for bedre å forstå og jobbe med suicidalrisikoens kompleksitet (O'Connor & Kirtley, 2018; O'Connor & Nock, 2014; Rogers, 2001). Det sentrale er at teoriene skal oppmuntre og lede forskningen, og bistå klinikere til å bruke forskningen i praksis (Keefner & Stenvig,

2020, s. 391). Translasjonsforskning innen suicidologi er et svar på dette behovet (Gjelsvik, 2017, s. 22).

Det er også andre fagforståelser og tilnærminger i debatten om selvmordsforebygging. Her kan nevnes det å se på selvmord som en kommunikativ handling (Beskow et al., 2015; Hjelmeland, 2022, s. 336f).

Suicidologi har gjerne et flerfaglig perspektiv (interdisiplinært) (Cutcliff et al., 2006). Et nevrologisk perspektiv på selvmord er også et stort og komplekst område (Turecki & Brent, 2016). Her er utfordringen blant annet at de nevrologiske sykdommenes alvorlighet og mangel på kurativ behandling skaper eksistensielle følelser som håpløshet, verdiløshet, sammen med sosial isolasjon for å nevne noen (Costanza, Amerio, et al., 2020). En drøfting av at faget trenger ulike kritiske tilnærminger på grunn av fagets kompleksitet, er også blitt en tydeligere diskurs. Denne tilnærmingen betegnes som «kritisk suicidologi». Her søker man å få en bredere tilnærming til suicidologi enn psykopatologi (Hammerlin, 2016; Hjelmeland, 2022, s. 41). Kritisk suicidologi søker også en forskningstilnærming der kvalitative metoder er fremtredende (Hammerlin, 2016, s. 40; Hjelmeland, 2022, s. 23f).

Det er laget ulike kliniske intervensjonsprogrammer. Ett av disse er Collaborative Assessment and Management of Suicidality, (CAMS) (Jobes, 2017; Jobes & Drozd, 2004; Jobes et al., 2005). CAMS vektlegger et relasjonelt samarbeid mellom pasient og terapeut og søker å minske selvmordstanken og pasientens suicidal kognisjon. Pasienten skal selv artikulere noen av selvmordsdriverne. CAMS-forskningen har vist at det er det relasjonelle, selv-orienterende og praktiske (vocational) som er viktig i arbeidet med suicidalitet (Jobes, 2017, s. 214). Prinsippene i CAMS finner vi igjen hos Michels et al (2017), som vektlegger den terapeutiske alliansen, hos Orbach et al (Orbach, 2001; 2003), som understreker betydningen av å ta pasientens perspektiv relatert til dennes suicidal ønske og i en pasientsentrert lyttende tilnærming i suicidologi (Østlie et al., 2018). Det foregår nå opplæring i og implementering av CAMS i Sykehuset Innlandet. Dette intervensjonsprogrammet er også innført i Vestre Viken HF (Ryberg et al., 2016).

Suicidologi har ulike modeller, teorier og nyanser, jf. foran. Listen over er ikke uttømmende. I denne avhandlingen vil vi orientere oss i eksistensiell orientert retning. Vårt fokus er å se på dialogiske samtaler av eksistensiell karakter. Avhandlingen skiller ikke mellom samtaler ut fra hvor alvorlig skadet pasienten ble i selvmordsforsøket, eller hva som var pasientens intensjon. Kriteriet er at pasientene fysisk har utført minst ett selvmordsforsøk (jf.

inklusionskriteriene, vedlegg 8) og på grunn av forsøkets alvorlighetsgrad har fått hjelp, av kortere eller lengre varighet, i spesialisthelsetjenesten.

Vårt interessefelt gjelder de eksistensielle sidene rundt pasientens selvmordsforsøk, og deres behov for å bli møtt av behandler og sykehusprest tilknyttet dette. Videre i denne studien tar vi utgangspunkt i den informasjonen pasienten selv forteller om sin egen erfaring etter selvmordsforsøket, og lar pasientens fortelling være sentral. Vi inntar et pasientsentrert perspektiv, se avsnitt 2.3.2 (Hagen et al., 2018; Lakeman & FitzGerald, 2008; Michel & Valach, 2011; Michel et al., 2017; Sellin et al., 2016; Østlie et al., 2018). I henhold til studiens inklusionskriterier, jf. avsnitt 3.2, og vedlegg 8, går vi ikke inn på vurderinger av pasientenes diagnose(r) eller intensjon med selvmordsforsøket. Pasientene er inkludert i studien ved hjelp av behandlerne deres. Behandlerne har vurdert pasientene til å være i selvmordsrisiko, og pasientene har gjennomført en handling som blir betegnet som et selvmordsforsøk.

1.3.6 Folkehelse og selvmordets referanser til samfunnet

Folkehelse er indirekte og kort berørt i denne studien 1) fordi selvmord som sådan berører folkehelsen i kraft av sine ulike konsekvenser for relasjoner og samfunn (Departementene, 2020a), og 2) fordi nasjonale myndigheter har lagt føringer for behandlingen av pasienter i selvmordsrisiko som et helsepolitisk mål for å redusere selvmord og selvmordsforsøk blant pasienter i psykisk helsevern og sikre at pasienter med selvmordsproblematikk får forsvarlig behandling (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 8), se også 2.5, og 3) fordi pasientene sees i lys av en helhetlig tilnærming der de biologiske, psykologiske, sosiale, økologiske og eksistensielle dimensjonene skal vektlegges (DeMarinis, 2003, s. 44-46; 2018). Selvmord og samfunn er et omfattende, interessant og viktig tema, men da dette området ligger utenfor avhandlingens problemstilling, som retter seg mot spesialisthelsetjenesten, vil jeg ikke utdype dette. Jeg kommer imidlertid tilbake med en kort refleksjon i avsnitt 7.3, samfunnsmessige implikasjoner.

Studiens intensjon er slik å tilføre ny kunnskap til fagområdene religionspsykologi, praktisk teologi med fagområdene chaplaincy og sjelesorg, suicidologi og om mulig folkehelse.

2. Teoretisk rammeverk med avklaringer og definisjoner

Under følgende avsnitt tar jeg for meg det teoretiske rammeverket for avhandlingen sammen med avklaringer og definisjoner. Dette legger grunnlaget for drøftingen av funnene i diskusjonen. Følgende temaområder vil bli belyst: 1) den eksistensielle dimensjonen med vekt på mening i livet, 2) selvmord/suicidologi med ulike implikasjoner og perspektiver på pasienter i selvmordsrisiko, 3) norsk spesialisthelsetjeneste og nasjonale planer relatert til selvmordsforebygging og vektlegging av eksistensielle temaer, 4) sykehusprestere rolle, deres kompetanse og tjeneste i norsk spesialisthelsetjeneste og 5) en forskningsoversikt.

2.1 Den eksistensielle dimensjonen og mening i livet

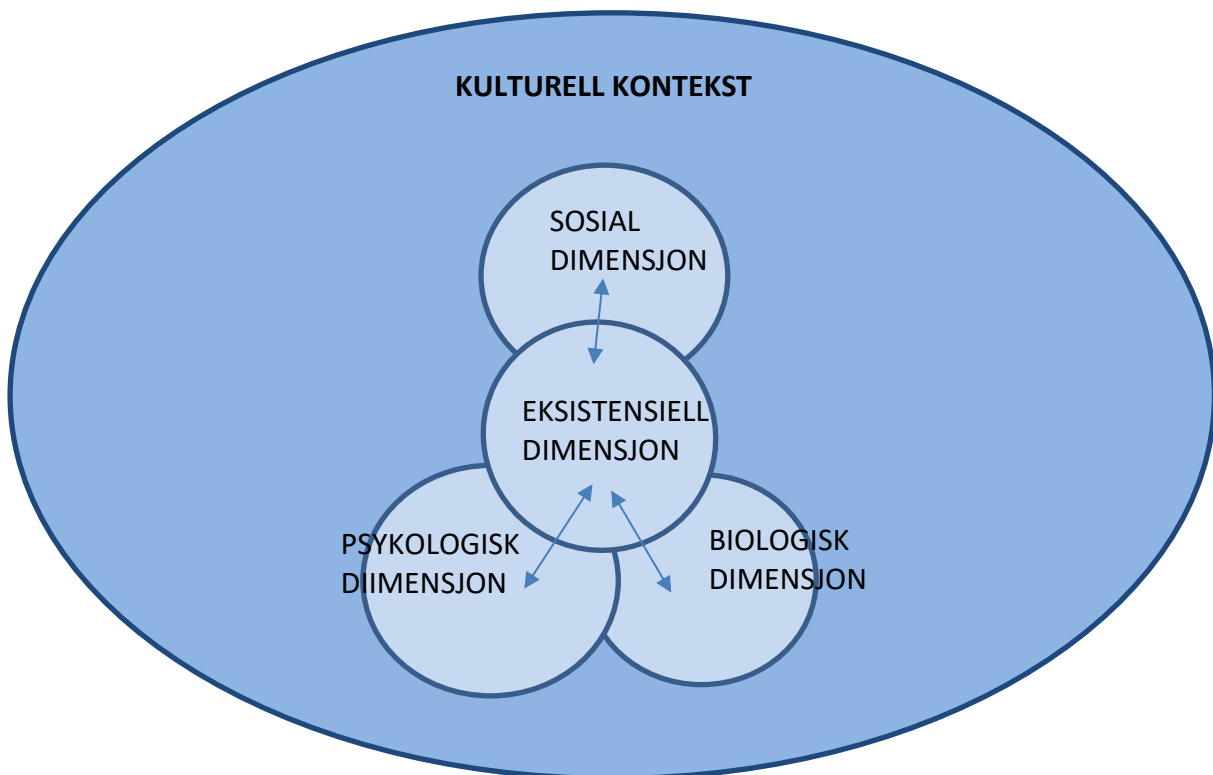
Studien har ønsket å utforske hvordan eksistensiell tematikk blir ivaretatt i spesialisthelsetjenesten i samtaler med pasienter i selvmordsrisiko. Under dette avsnittet vil følgende temaer bli belyst: den eksistensielle dimensjonen, kultur og mening i livet.

2.1.1 Den eksistensielle dimensjonen

I spesialisthelsetjenesten har de eksistensielle temaene tradisjonelt gått under betegnelsen «åndelig omsorg» (Austad et al., 2020, s. 13). Sykepleiefaget har lange tradisjoner for å vektlegge åndelig omsorg, helt fra sykepleiefaget ble grunnlagt av Florence Nightingale (1820–1910). Cicely Saunders (1918–2005), som er grunnlegger av hospicefilosofien, understreket betydningen av åndelig omsorg gjennom fagområdet palliasjon (Meld. St. 24 (2019–2020), s. 14). Palliasjon er et eksempel på et fagområde der en helhetlig tilnærming til pasientene er innarbeidet og vektlegges i behandling og pleie (Meld. St. 24 (2019–2020), s. 31ff). Palliasjon kan på dette området tjene som et eksempel for andre fagområder, som her i suicidologi. Med en helhetlig tilnærming er det ment at de biologiske, psykologiske, sosiale, økologiske og eksistensielle dimensjonene skal vektlegges (DeMarinis, 2003, s. 44-46; 2018). Historisk har fagtradisjonene medisin og psykologi derimot lagt mindre vekt på åndelig og eksistensiell omsorg i sine utdanningsløp. Likevel har en helhetlig omsorg vært en grunnleggende tilnærming i norsk helsevesen. Dette fremkommer blant annet i Nasjonale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet, 2019, IS-2800) og i folkehelsemeldingen (Meld. St.19 (2014–2015)).

I denne studien videreføres denne helhetlige omsorgstenkningen, hvor jeg legger en kulturforankret medisinsk antropologisk modell til grunn, utformet av psykiater og medisinsk antropolog Arthur Kleinman (Kleinman, 1980). Denne modellen er ellers videreført og operasjonalisert av DeMarinis for en svensk kontekst (DeMarinis, 1998, 2003, 2013).

Modellen gir rom for å forstå den eksistensielle dimensjonen i lys av andre dimensjoner som den biologiske, psykologiske, sosiale og eksistensielle dimensjonen, en biopsykososio-eksistensiell personsentrert behandlingsmodell innenfor aktuelle kulturelle kontekster. DeMarinis trekker også inn den økologiske dimensjonen med menneskets forhold til naturen, klima og miljø. Alle dimensjonene er del av og påvirker hvert individs virkelighet og forståelse, og dimensjonene henger gjensidig sammen (DeMarinis, 1998, s. 22; 2003, s. 44; 2018). DeMarinis peker videre på at den eksistensielle dimensjonen har en gjennomgående betydning for individets evne og mulighet for å skape balanse og enhet i livet (DeMarinis, 1998, s. 22). Den eksistensielle dimensjonen har slik den mest fundamentale betydningen, fordi den gir en forståelse av hvordan helse og sykdom forholder seg til hverandre i en kulturell kontekst (DeMarinis, 2003, s. 45-46), se figur under.



Figur 1 En tilpasset forståelse av den eksistensielle dimensjonen i en kulturell kontekst, der den eksistensielle dimensjonen er i sentrum, men hvor de ulike dimensjonene influerer hverandre (den økologiske dimensjonen er her utelatt) (DeMarinis, 2003, s. 44-45)

DeMarinis skriver om den eksistensielle dimensjonen:

The existential dimension focused on the individual's understanding of existentiality and the way meaning is created. The dimension includes worldview conception, life approach, decision-making structure, way of relating, and way of understanding. It also includes the activities or expressions of symbolic significance, such as rituals and other ways of meaning-making. As each individual has an existential dimension and spiritual nature, the varieties of their expression include many different kinds of meaning systems. These can be associated with traditional religious systems or with other meaning-making systems. For the individual it is also possible to have elements of different systems combined (DeMarinis, 2003, s. 44-45; 2008, s. 60).

I alle de tre delstudiene bruker vi begrepet den eksistensielle dimensjonen i betydningen menneskets sentrale og grunnleggende verdier. Dette er verdier som er grunnleggende i personens meningssskapende arbeid for å finne balanse i livet (Park, 2010, s. 258f).

Den eksistensielle dimensjonen vil bli bredt forstått i denne studien. la Cour og Hvidt (2010) har utviklet en modell som søker å gi en bredere forståelse av den eksistensielle dimensjonen og eksistensiell meningsdannelse knyttet til sykdom i en sekulær kontekst (la Cour & Hvidt, 2010). Modellen benytter seg av tre ulike eksistensielle tilnærminger avhengig av personens sekulære, spirituelle eller religiøse livssynsorientering. Det sekulære området omhandler en humanistisk sekulær verdensforståelse, det spirituelle området omhandler personlige, individuelle eksistensielle anliggender, og det religiøse omhandler mer tradisjonelle religiøse kontekster (la Cour & Hvidt, 2010). Disse tre områdene sees sammen med tre psykologiske faktorer i meningsdannelsesprosessen som gjelder å *vite* («knowing») hva som kognitivt er viktig for deg, og å *gjøre* («doing»), som handler om praksiser og aktiviteter. Den siste faktoren handler om hva som er av *betydning* («being») (la Cour & Hvidt, 2010). Modellen viser kompleksiteten i eksistensiell meningsdannelse ved sykdom i en sekulær kontekst, men også behovet for en forståelse av eksistensielle tilnærminger som åpner for en bredere allmenn tilnærming uavhengig av personens livssynsorientering (Hvidt et al., 2021; la Cour & Hvidt, 2010).

I studien har vi valgt å benytte begrepet «eksistensiell» for det religiøse og åndelige, da eksistensielt som begrep kan forstås mer allment (Hvidt et al., 2021). Begrepet eksistensiell sees i forlengelsen av fagtradisjonen åndelige omsorg (Austad et al., 2020, s. 14). Dette vil da også være dekkende for en sekulær forståelse av meningsdannelse (DeMarinis, 2003; la Cour & Hvidt, 2010). Begrepet kan slik omfatte de ulike forståelser og verdier som man finner i en multikulturell og sekulær kontekst, noe den norske og den skandinaviske kulturen er blitt en

del av (DeMarinis, 2008, s. 60; Frøkedal et al., 2019, s. 19; Haug et al., 2015, s. 23). Vår forståelse av eksistensiell er ikke bundet til en gitt filosofisk forståelse innen eksistensiell filosofi. I denne studien knytter eksistensielle anliggender an til grunnleggende livsvilkår i menneskelivet (Austad et al., 2020, s. 11ff; Yalom, 1980) og til hva mening i livet innebærer i møte med livsvilkårene (Schnell, 2021, 2022).

En kjent stemme innen helse og omsorg er den amerikanske psykiater og forfatter Irvin David Yalom (1931–1991). Han står i en eksistensiell ateistisk tradisjon og knyttes til de fire grunnleggende livsvilkårene, «the ultimate concerns»: frihet, mening / meningsløshet, eksistensiell isolasjon og død. Alle fire er grunnleggende livsvilkår som mennesket uvegerlig må forholde seg til (Yalom, 1980). *Frihet* har å gjøre med valg, ansvar og skyld. For eksempel kan det knyttes til en intens mangel på struktur i tilværelsen og angst forbundet med mangel på tilhørighet. *Mening /meningsløshet* har å gjøre med hva folk tenker er grunnleggende viktig, eller fravær av dette grunnleggende viktige. Yalom hevder at meningen er dypere og sterkere når det han kaller menneskers livsmålsprosjekter, er selvtransenderende, altså at de retter seg mot noe, eller noen, utenfor en selv. Eksempler på livsmålsprosjekter kan være kjærligheten til andre mennesker, til Gud, til en sak eller til en skapende prosess (Yalom, 1980). *Eksistensiell isolasjon* er et grunntema som kan henge sammen med intrapsykisk isolasjon (manglende kontakt med egne meninger, følelser, autonomi) og interpersonell isolasjon (sosial, kulturell og geografisk ensomhet). Særlig handler det om en opplevelse av en fundamental separasjon ikke bare fra andre, men fra verden. Eksistensiell isolasjon er et fenomen som kan oppleves sterkest i møte med livskriser, død eller hendelser som oppleves som livstruende. *Døden*, både møte med andres og egen død, kan for mange være forbundet med meningsløshet, mismot, ensomhet og angst. Samtidig kan det ha en menings skjerpene funksjon (Yalom, 1980, s. 29ff). Mange i en alvorlig livskrise kan ha et ambivalent forhold til døden ved at de samtidig både frykter og tiltrekkes av den (Kjølseth, 2014).

Disse fire grunnleggende livsvilkårene – frihet, mening / meningsløshet, eksistensiell isolasjon og død – er en unngåelig del av det å være menneske. Like selvfølgelig fremkaller de en grunnleggende konflikt, som er en del av vår eksistens (Yalom, 1980, s. 9). En måte å søke mening på er nettopp å reflektere over og møte den grunnleggende konflikten som er forårsaket av grensene de ultimate vilkårene skaper (Yalom, 1980, s. 8f). Imidlertid kan det oppstå meningsløshet når man ikke finner svar på de grunnleggende temaene, eller man kan oppleve en form for eksistensiell isolasjon (Yalom, 1980). Disse fire grunnleggende livsvilkårene er å forstå som eksempler på eksistensielle temaer. I denne studien fremkommer

disse temaene i drøftingen av funnene i delstudie 1. Ett av de grunnleggende livsvilkårene er døden (Yalom, 1980, s. 27ff). I følge Yalom (1980, s. 41) tar frykten for død (the terror of death) mye av en persons livsenergi for å benekte døden. For personer i selvmordsrisiko synes ikke døden nødvendigvis angstfremkallende – selv om mange pasienter i selvmordsrisiko opplever sterk ambivalens til om de vil leve eller dø (Bergmans et al., 2017; Beskow et al., 2015; Shneidman, 1998). Erfaring med døden, som for personer etter et selvmordsforsøk, kan gi vedkommende en positiv personlig vekst i etterkant av selvmordsforsøket. Dette sier Yalom med henvisning til Tolstoy's roman «Krig og fred» (Yalom, 1980, s. 33).

Eksistensiell søken kan være selvtransenderende. Personen søker da støtte og mening i en virkelighet utenfor seg selv (Frankl, 1966b, s. 104). Å finne et språk for det moderne menneskets eksistensielle søken etter en mening, kan være en utfordring (Holgensen, 2013, s. 8), der han viser til Tillich sin omtale av kirkens manglende eksistensielle appell. Et eksempel kan være i kontekster der tidligere normgivende institusjoner mister plass til fordel for en sekulær prosess (DeMarinis, 2008; Vattø, 2020, s. 93). Å kunne stille grunnleggende spørsmål om tilværelsens mening i lys av de menneskelige grunnbetingelsene vil være nødvendig for å finne en retning i tilværelsen og ivareta menneskets eksistensielle integritet og frihet (Holgensen, 2013, s. 25).

Omtalen av religiøse, sekulære og åndelige dimensjoner vil i det videre bli forstått og omtalt som eksistensielle dimensjoner, eventuelt eksistensielle temaer, som inkluderer det sentrale temafeltet mening i livet.

2.1.2 Kulturens betydning for meningsdannelse

Hva er mening i livet, og hvordan kan meningsbærende elementer være en støtte i vanskelige livssituasjoner? Dette er sentrale anliggender innen religionspsykologi (Westerink, 2013, s. 9f). DeMarinis knytter meningsbærende elementer til menneskets sentrale og grunnleggende verdier, som er kulturelt forbundet (DeMarinis, 2003, 2008). DeMarinis står i en kulturpsykologisk kontekst hvor hun bruker Marsellas definisjon av kultur (DeMarinis, 2008, s. 59; DeMarinis et al., 2011, s. 76), der kultur forstås som lært adferd som er sosialt overført via ulike aktiviteter gjennom livet, og som tilpasses gitte situasjoner. Adferd er kulturelt forbundet, det vil si at den kan være forbigående eller varig. Kultur er videre representert gjennom indre forhold som verdier, tro og holdninger og gjennom ytre forhold som roller, sosiale strukturer og artefakter. Kultur skaper realitetene, idealene, verdiene og preferansene våre (DeMarinis et al., 2011; Marsella, 2005, s. 657). Verdiene kan komme ut av balanse når

det vokser frem en forskjell mellom de ytre og de indre verdiene. Å søke å gjenfinne balanse i livssituasjonen sin når livet har vært i ubalanse, er en form for eksistensiell meningsdannelse. Hvordan man søker å gjenfinne balanse kan virke positivt eller negativt inn på personens livssituasjon avhengig av de meningssystemene individet har til rådighet (DeMarinis, 2003, s. 44ff).

Meningsdannelse kan også forstås som en kognitiv prosess, hvor individets evne og mulighet til å fortolke sine indre og ytre prosesser er en forutsetning (Baumeister, 1990). Ifølge Park handler meningsdannelse om den prosessen som gjøres for å minske avstanden mellom det hun betegner som en global mening, som er personens overordnet system av tro, mål for livet og egne følelser, og den situasjonsbundne meningen (Park, 2010, s. 258). Når individet er i utfordrende livssituasjoner og får den globale meningen sin truet, søker individet å gjenopprette den globale meningen, eventuelt at denne blir endret eller styrket. Hva som gir mening, er ikke avhengig av personens fortolkning av situasjonen, men av om ulike (psykologiske) behov blir tilfredsstilt – å ha hensikt, verdi, kontroll og egenverdi.

Meningsløshet kan oppleves når personen ikke oppnår et ønsket behov for mening i livet (Schnell, 2021). Å ikke oppnå mening i livet kan medvirke til dårlig selvtillit og selvbilde med selvmord som en mulig konsekvens (Schnell et al., 2018). Meningsløshet, eventuelt meningsfullhet, blir en form for mønstre av indre og ytre prosesser som personen tolker og forstår (Baumeister, 1990).

I det neste kapitlet skal jeg omtale Tatjana Schnells tilnærming til mening i livet.

2.2 Mening i livet

Mening i livet har vært og er et område som har vært av interesse for psykologi, religion og ulike humanistiske fag (Danbolt, 2014, s. 25). Samtidig er mening i livet et begrep og område det har vært utfordrende å etablere en entydig definisjon av (Leontiev, 2013; Marco, Guillén, et al., 2016; Park, 2010). Frankl (1966b, s. 100) retter oppmerksomheten mot menneskets vilje til å finne mening i livet. Det er ikke meningen som kommer til oss, men det er vi som må skape mening ut fra det livet gir oss. Yalom uttrykker på sin side at mening i livet er noe mennesket selv har ansvaret for å søke. Dette må gjøres ved å finne sin egen hensikt med livet ved at man aktivt søker sammenheng i egen tilværelse (Yalom, 1980). Mening i livet kan også forstås som forholdet mellom overordnede systemer (global mening), som livssyn, tro, mål for livet og subjektive følelser, og den situasjonsbundne opplevelsen av det å skape mening som

en prosess (Danbolt, 2014, s. 26; Park, 2010, s. 258f). Vohs et al., (2019) viser i sin studie at også negative livshendelser kan fremme mening i livet.

Det er gjort ulike studier om mening i livet, men færre knyttet til om det er sammenheng mellom mening i livet og suicidalitet (Kleiman & Beaver, 2013; Schnell et al., 2018). Beskow (2015) viser at et selvmordsforsøk kan brukes positivt i terapeutiske samtaler. Mening i livet kan også redusere selvmordstankene (Kleiman & Beaver, 2013). Leontiev (2013) deler opp begrepet mening i livet i ulike domener for å få grep om utfordringene. Han viser til fem ulike domener: lingvistiske utfordringer, ontologiske, antropologiske, strukturelle og metodologiske utfordringer (Leontiev, 2013, s. 460). Det er sistnevnte område jeg vil forfølge her.

Metodologiske utfordringer er knyttet til hvordan man kan måle mening i livet uten å blande dette med tilgrensende områder som glede, optimisme og motstandsdyktighet (Martela & Steger, 2016). Schnell (2009; 2014, 2021; 2018) har *mening i livet* som overordnet begrep og forstår dette i sammenheng med tre elementer: meningsfullhet, meningskrise og kilder til mening. Schnell spør hvilke kilder som kan bidra til en persons opplevelse av mening i livet (Schnell, 2009), og viser til at ulike kilder er avgjørende for å oppleve livet som meningsfylt. Denne avhandlingen støtter seg til denne modellen.

Mening i livet kan slik forstås som en retning, eller hensikt, som man forfølger, og som gir en subjektiv og dynamisk opplevelse av livet som mer eller mindre meningsfylt (Schnell, 2009, s. 173; Schnell, 2014; 2021, s. 6). Dette kan være knyttet til en ting, en handling eller hendelse, som igjen oppstår i en gitt situasjon (Schnell, 2021, s. 5). Mening i livet er slik bundet til personens relasjon til de ulike faktorene nevnt foran. Mening i livet er dermed ingen statisk størrelse, men er dynamisk og relasjonelt betinget (Schnell, 2021). Mening i livet representerer imidlertid to komponenter: en positiv som gir opplevelse av meningsfullhet, og en negativ som medvirker til meningskrise (Schnell, 2009). I det følgende presenterer jeg de tre ulike elementene i Schnells modell for mening i livet: meningsfullhet, meningskrise og kilder til mening (Schnell, 2009; Schnell, 2021).

Meningsfullhet er en grunnleggende opplevelse av å ha tillit til at livet er verdt å leve. Schnell definerer meningsfullhet som «[...] the basic trust that life is worth living. It is based on a (mostly unconscious) evaluation of one's life as coherent, significant, oriented and belonging» (2021, s. 7). Disse områdene er relatert til en subjektiv forståelse av mening (2021).

Meningsfullhet gir personen en erfaring av at livet er av betydning, har en retning, at man er involvert og er i en sammenheng.

Meningskrise innebærer en opplevelse av livet som tomt, uten retning og at det ikke har mening. Meningskrise er definert som «[...] a judgment on one's life as frustratingly empty, pointless and lacking meaning. It is accompanied by disorientation and disintegration of self-view and worldview. In contrast to meaningfulness, crisis of meaning are consciously experienced as a painful state» (2021, s. 8). Situasjonen rundt det å oppleve meningskrise er smertefull (Schnell, 2021, s. 8). På den andre siden kan denne opplevelsen bidra til at personen forsøker å endre på situasjonen sin ved å finne kilder som kan minske opplevelsen av meningskrisen (Schnell, 2009).

En meningskrise er imidlertid ikke det motsatte av meningsfullhet. Tidligere forstod man dette som motsatte endepunkter på en skala. Med en empirisk tilnærming fremkom det at meningsfullhet og meningskrise er to ulike og uavhengige dimensjoner (Schnell, 2009; 2011, 2014). En person kan oppleve at livet er meningsfylt på noen områder, samtidig kan personen oppleve meningskrise på andre. Personen kan også oppleve livet som lite meningsfullt uten at det dermed oppstår en meningskrise. Schnell beskriver dette som «indifference», en meningslikegyldighet (Schnell, 2010; 2021 kap 9). *Indifference* handler om at man har lite mening i livet, men personen forventer heller ikke å ha mening, derfor vil ikke en mangel på mening nødvendigvis gi meningskrise (Schnell, 2010).

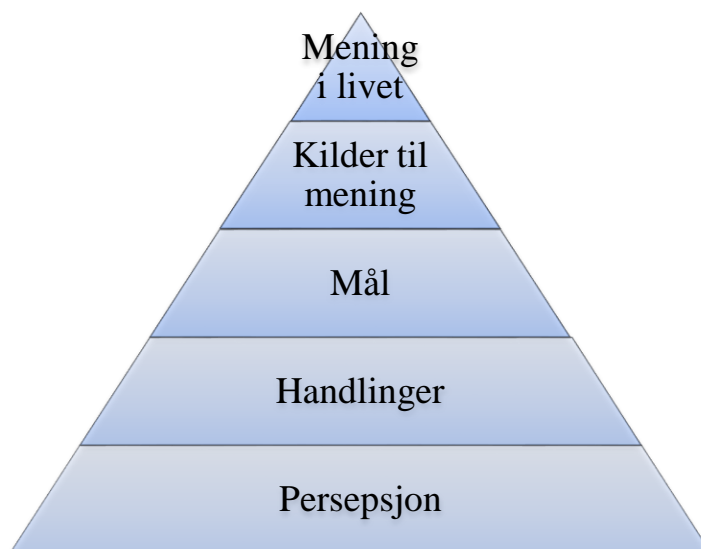
Kilder til mening er spesifikke steder, aktiviteter, relasjoner, hendelser eller andre ting som mennesker bevisst eller ubevisst interagerer med, og som bidrar til at man opplever livet som meningsfullt. Schnell identifiserer 26 ulike kilder til mening i livet (2009) og grupperer disse kildene i 5 dimensjoner: selvtransending (noe/noen utenfor seg selv), som både kan være vertikal selvtransending og horisontal selvtransending, selvaktualisering, orden og struktur og velvære «well-being» og relasjoner. *Vertikal selvtransending* forstås som en orientering mot en ikke-materiell høyere makt, og *horisontal selvtransending* forstås som engasjement for andre mennesker og saker. *Selvaktualisering* vil si at man tar i bruk, utfordrer og utvikler sin egen kapasitet. *Orden og struktur* handler om at man har et forhold til verdier, tradisjoner og praksiser som er utprøvd, og som har vist seg som holdbare og verdige. *Velvære og relasjoner* dreier seg om å dyrke og glede seg over det som er godt i livet, både privat og i andre sammenhenger, for eksempel i arbeidslivet (Schnell, 2009; Schnell, 2011; Schnell et al., 2013).

På norsk har kilder fått ulike betegnelser alt etter om det er oversatt fra tysk eller engelsk. På engelsk bruker Schnell «sources», på tysk «lebensbedeutungen». I en norsk artikkel, som er oversatt fra tysk, brukes begrepet «livsbetydninger» (Schnell, 2015, s. 158). I det videre

bruker jeg begrepet «kilder», som kommer fra engelske «sources», da det er hennes engelske artikler som er benyttet i denne avhandlingen.

2.2.1 Mening i livet – en modell

Hos Schnell består mening i livet, som nevnt over, av ulike komponenter: meningsfullhet, meningskrise og kilder til mening. Schnell tegner en modell som viser en aksjonskjede etter hva et individ mottar (persiperer), og hvordan dette som individet persiperer, fortolkes og aktiveres i meningsdannende prosesser: fra iaktakelse, til handling mot et mål, som gir opplevelsen av mening i livet. Disse meningskildene angir hva som bidrar til at man opplever livet som meningsfullt, eventuelt kan fraværet av kilder til mening være assosiert med en meningskrise (Schnell, 2009). Endemålet er at det som er oppfattet (persipert), fortolket og behandlet av individet, kan medvirke til at personen opplever «mening i livet», som er modellens topp-punkt (Schnell, 2009, s. 486). Nivåene i modellen står i sammenheng med hverandre og viser hvordan mening i livet lever og skapes gjennom individets aktiviteter, relasjoner og ulike situasjoner, se figur under.



Figur 2 Hierarkisk modell av mening i livet (Schnell, 2009, s. 486).

Imidlertid, når det oppstår krisesituasjoner, kan meningskildene trues eller bli utilgjengelige. En studie med ecuadorianske ungdommer fant at meningskriser ga risiko for selvmord (Schnell et al., 2018). Studien viste at opplevelsen av håpløshet og mangel på fremtidstanker var redusert eller helt fraværende. Det fremkom videre at meningskrise var tett knyttet til selvmord (Schnell et al., 2018). Meningskrise og depresjon fremstilles altså som to

forskjellige tilstander som begge kan være årsaksfaktorer til selvmord, noe som fremkommer i andre studier (O'Connor et al., 2015, s. 170). I et forebyggende perspektiv på selvmord vil det dermed være viktig å avklare om personen opplever en meningskrise i henhold til Schnell sin studie (Schnell et al., 2018).

Depresjon og håpløshet er også forbundet med selvmord. En studie viser at håpløshetsaspektet er den fasetten ved depresjon, «hopelessness depression», som er mest relevant for suicidaliteten (Patterson & Holden, 2012, s. 148). Når håpløshet kontrolleres statistisk viser studien at det er håpløshetselementet i depresjon som skaper selvmordstendens (Patterson & Holden, 2012, s. 148). Det fremkommer videre jo mer livsmening en person har jo lavere suicidalitet (Patterson & Holden, 2012, s. 148). På den annen side er det studier som viser at håpløshet er viktig for utvikling av selvmordstanker, selv om det er andre faktorer som predikerer selvmordsadferd bedre (O'Connor & Nock, 2014, s. 76).

Depresjon og sorg kan være forbundet med hverandre. Vedvarende og intens lengsel ved tap av en nærstående er allikevel forskjellig fra depresjon (Kristensen, 2013, s. 856). Sorg kom som egen diagnose i DSM-V i 2013 og ICD-11 i 2015, og ble kalt forlenget sorgforstyrrelse (Kristensen, 2013, s. 856). DSM-V sin diagnostisering av normale reaksjoner på utfordrende livssituasjoner ble møtt med kritikk (Frances, 2013; Kristensen, 2013, s. 856 f). Forlenget sorgforstyrrelse utover seks måneder kan gi fysiske og psykiske plager, deriblant selvmordstanker (Kristensen, 2013, s. 856). Personer med forlenget sorgforstyrrelse strever med å takle det tapet de har erfart og med å gjenopprette et normalt liv med meningsfylt innhold (NSSF, 2021). Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) har en egen utdanning som kvalifiserer behandlere for å behandle forlenget sorg (NSSF, 2021). Å skape mening etter brå tap kan slik være vesentlig for å forebygge forlenget sorg (Austad, 2020, s. 124; Neimeyer et al., 2014, s. 489), og også for å forebygge potensielle selvmordstanker (Kristensen, 2013, s. 856). Senere forskning knyttet til rekonstruksjon av mening ved sorg viser at redusert evne til å skape nye meningskonstruksjoner i slike situasjoner kan føre til stress og psykiske helsesyntomer (Lockman & Servaty-Seib, 2018, s. 303).

2.2.1.1 Tap av mening relatert til smerte

Ønske om selvmord kan blant annet fremkomme ved tap av mening og begrenset mestringsopplevelse, også den psykologiske smerten spiller en viktig rolle i den suicidale prosessen (Javed & Munawar, 2021, s. 242; Vatne & Nåden, 2018; Verrocchio et al., 2016). I

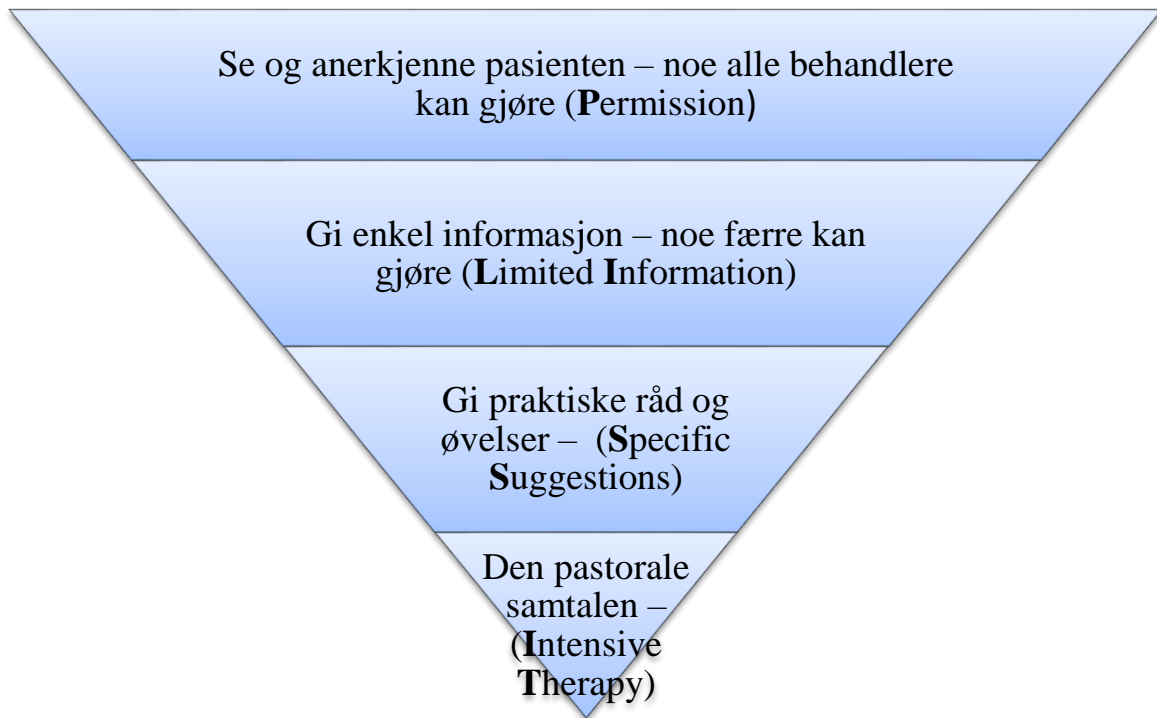
selvmord eller selvmordsforsøk og -tanker kan den indre smerten forstås som en indre negativ representasjon av seg selv og verden (Baumeister, 1990; Orbach, 2008, s. 300). Begrepet «den indre smerten» bygger på Shneidmans begrep *psychache* (Shneidman, 1993). Shneidman forstår selvmord som et psykologisk anliggende, selv om han mener at man må trekke veksler på ulike fagfelt for å forstå suicidologi (Hjelmeland, 2013, s. 3f). Shneidman ser på selvmord som «a drama in the mind», der selvmord også delvis kan sees som en eksistensiell handling ifølge Hjelmeland (Hjelmeland, 2022, s. 133). Psychache forklares som en dypere og mer grunnleggende smerte enn den vi finner i depresjon og generelt stress (Lambert et al., 2020, s. 669). Studier viser at psychache har en selvstendig betydning knyttet til selvmord og er en viktig prediktor for selvmordstanker (Javed & Munawar, 2021, s. 242; Lambert et al., 2020; Patterson & Holden, 2012, s. 155). Psychache forstås som en sammensatt psykologisk smerte. Smerten gir en uutholdelig opplevelse av mellom annet skam, skyld, ydmykelse, ensomhet, frykt og angst som den selvmordsutsatte personen søker å slippe unna ved å ta livet sitt (Shneidman, 1993, s. 145). Selvmordet kan følgelig gi mening og være en måloppnåelse, det kan være en oppfyllelse av et ønske om å bli fri smerten, eller ønske om å ta hevn (Beskow et al., 2013, s. 83f; Orbach, 2008, s. 303). Betegnelsene på denne smerten er ulik, men innholdsmessig er det samme fenomen. Smerten kan omtales som psykologisk smerte, mental smerte eller psychache (Verrocchio et al., 2016, s. 2).

Personer som har overlevd et selvmordsforsøk beskriver suicidaliteten blant annet som en prosess, en kamp og en opphopning av lidelse (Vatne & Nåden, 2018, s. 28f), jf. artikkel 2. Å dele med andre at man har tanker om å avslutte livet sitt, eller at man har gjort en eller flere selvmordsforsøk er vanskelig (Vatne & Nåden, 2018, s. 34), jf. artikkel 1. Ut fra et eksistensielt perspektiv vil man si at smerten skal møtes, ikke unngås. Gjennom et aktivt forhold til den opplevde smerten gir dette mulighet for et nytt perspektiv på eget liv (Schnell, 2022, s. 10ff), se 2.3.3 og 2.3.4. I denne avhandlingen, hvor eksistensielle temaer og selvmordsforsøk som en eksistensiell erfaring står sentralt, er det derfor relevant å vise til den mentale smerten som et sentralt anliggende for pasienter som kommer til sykehuset i forbindelse med et eller flere selvmordsforsøk.

2.2.2 Plissit-modellen

Et verktøy som skal bidra til å senke behandlerens terskel for å rette oppmerksomhet mot eksistensielle temaer, er Plissit-modellen (la Cour, 2014, s. 321f). I utgangspunktet er dette en modell benyttet i sexologi (Annon, 1976). Modellen ble tatt i bruk av la Cour for å arbeide med eksistensielle temaer i behandlingen (la Cour, 2014, s. 322). Tanken var at alle

behandlere skulle bidra ut fra sitt kompetansenivå i møte med temaene, om ikke annet for å høre hva pasienten tenkte på. Når temaene blir for vanskelige for den ene, må andre med ytterligere kompetanse komme til. Slik vil pasientene alltid få anerkjent behovene sine. Modellen fremstilles som en trekant med fire nivåer (la Cour, 2014, s. 322), se figur 3.



Figur 3 Plissit-modellen (la Cour, 2014, s. 322).

En grunnleggende forståelse i gjeldende studie er at samtaler om eksistensielle temaer er fundamentale – uansett sekulær eller religiøs tilhørighet (DeMarinis, 2003, s. 14; la Cour & Hvidt, 2010, s. 1292). Forpliktelsen spesialisthelsetjenesten har til å ivareta eksistensiell tematikk, er imidlertid også nedfelt i menneskerettighetskonvensjonen § 18 (FN-sambandet, 2021, 21 desember,). Det vil i tillegg være relevant å se viktigheten av å samtale om eksistensielle temaer i lys av et folkehelseperspektiv basert på forståelsen av at samtaler om eksistensielle temaer er helsefremmende (DeMarinis, 2018; Frøkedal, 2020; Holmen et al., 2016, s. 131f; Vattø, 2020).

2.3. Selvmord – et tema med ulike implikasjoner og perspektiver

I dette kapitlet presenteres prevalenstall for selvmord på verdensbasis og i Norge, og aktuelle faglige perspektiver på selvmord med særlig vekt på det som gjelder eksistensielle tilnærminger. Et aktuelt spørsmål er om selvmordsforsøket, når så har skjedd, kan føre til eksistensiell posttraumatisk vekst. De to siste avsnittene er begrepsavklaringer og

definisjoner. Som det vil fremgå, brukes ikke begrepene entydig i dette omfattende fagfeltet. Intensjonen med dette kapitlet er å gi en bakgrunn for bedre å forstå kompleksiteten i selvmord som fagområde innehar. Det sammensatte bildet vil vise noen av utfordringene i feltet, hva pasientene i selvmordsrisiko selv står overfor, og dermed også utfordringene behandlere og sykehusprester må stå i når de skal bistå dem som trenger hjelp etter et selvmordsforsøk.

2.3.1 Selvmordsforekomst på verdensbasis og i Norge

Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) dør nær 800 000 årlig i selvmord (World Health Organization, 2021b). Statistikken estimerer at selvmord utgjør 1–5 prosent av alle dødsfall på verdensbasis, men det er store mørketall (O'Connor & Nock, 2014, s. 73). Sagt på en annen måte, hvert 40. sekund dør et menneske i selvmord på verdensbasis (World Health Organization, 2021a). For hvert selvmord regner man med at det er ti personer som gjør et selvmordsforsøk og at det i snitt er ti berørte for hvert av selvmordene (NSSF, 2022). Av dette fremkommer at selvmord er en samfunnsutfordring med ringvirkninger ut over den ene personen som avslutter livet for egen hånd. Det vil derfor være naturlig å si at selvmord er en folkehelseutfordring, noe som er et viktig perspektiv å ha med seg når man søker å belyse hva som kan forebygges selvmord (Holmen et al., 2016; World Health Organization, 2021a, 2021b). I boken *Suicide in the world – Global Health Estimate* understreker WHO at selvmord er en verdensomspennende helseutfordring (World Health Organization, 2021b). Denne studien vil imidlertid ikke gå inn på samfunnsutfordringene ved selvmord, heller ikke omtale de etterlatte etter selvmord.

Det er påvist sammenheng mellom selvmord og psykiatri, ifølge psykologiske autopsistudier fremgår det at 90 prosent av personer som dør i selvmord, har en psykisk lidelse (O'Connor & Nock, 2014, s. 74), også kalt «90 prosent»-regelen (Hjelmeland, 2022, s. 33, 86). På den annen side er det mindre enn 5 prosent av pasientene som er innlagt med affektive lidelser, som dør i selvmord (O'Connor & Nock, 2014, s. 74). En norsk registerstudie viser at fra 2008 til 2015 døde 1910 pasienter ved selvmord innen ett år etter kontakt med spesialisthelsetjenesten for psykisk helse og rus (Walby et al., 2018, s. 16).

Statistikk fra Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) synliggjør at selvmordstallene i 1970 var 10,2 per 100 000 innbyggere, og at det var en topp i 1990 med 17,8 per 100 000. I 2000 var tallet igjen stigende med 14,2, men 13,8 for personer over 10 år i 2019 og 13,7 i 2021 (NSSF, 2022). For koronaåret 2020 viser tallene fra Folkehelseinstituttet

(2022) at 12,1 per 100 000 (639) døde ved selvmord. Dette tilsier at det ikke var økte selvmordstall i koronaåret (Folkehelseinstituttet, 2022). Statistikk viser at kvinnene ligger langt lavere i selvmordsraten enn menn (NSSF, 2022). Dette tilsier at antall selvmord ikke har sunket vesentlig til tross for rapporter og nasjonale tiltak.

2.3.2 Ulike suicidologiske perspektiver

Det vanligste perspektivet innen suicidologi er knyttet til en biomedisinsk forståelse. Denne relaterer selvmord til psykiske utfordringer og biologiske markører hos personen (Michel et al., 2017, s. 243; O'Connor & Nock, 2014, s. 73). Selvmord blir omtalt som en flerdimensjonal kombinasjon av psykiatriske diagnoser (Maris, 2002, s. 319). Dette perspektivet retter blikket mot risikofaktorer og søker å forutsi selvmordsfare. Den biomedisinske forståelsen knytter hovedsakelig an til kvantitativ forskning. Selvmordet forstås her som et patologisk (sykelig) resultat av risikofaktorer (Hjelmeland, 2022 s.104), se 1.3.

Selvmordet knyttes imidlertid også til psykologiske forklaringsmodeller (O'Connor & Nock, 2014), se 1.3. O'Connor (2014, s. 75) setter opp fem ulike kategorier som assosieres med selvmordsrisiko: personlighet, individuelle forskjeller, kognitive faktorer, sosiale faktorer og negative livserfaringer. Fra et psykologisk perspektiv er det kompleksiteten av de psykologiske, biologiske og emosjonelle komponentene som er avgjørende. Tilhørende de psykologiske modellene er fokus på den mentale smerten, se 2.2.1.1. Selv om selvmord kan knyttes til en kombinasjonen av mange ulike variabler, er allikevel forholdet mellom personens mentale smerte og selvmordsadferd vesentlig (Verrocchio et al., 2016, s. 2). Ut fra dette kan det, ved å identifisere og vurdere den psykologiske smerten med tanke på selvmordsrisiko, være et terapeutisk mål å rette blikket mot pasientens psychache i intervensjon og behandling (Verrocchio et al., 2016, s. 13)

Den psykoanalytiske tradisjonen har brukt deler av Schneidmans psychache-tenkning, men da med uttrykket mental smerte, som er en indre destruktiv tendens til å avslutte livet (Orbach et al., 2003; Shneidman, 1993). Betydningen av å lytte til pasientens narrativ og prøve å forstå pasientens suicidale tanker er et terapeutiske anliggende, det er og en videreføring av Shneidman sin tilnærming (Michel et al., 2017; Orbach, 2001, s. 173f). Prinsippene om å vektlegge den terapeutiske relasjonen og samtale om pasientens suicidale erfaring gjenfinnes i CAMS (Jobes, 2017, s. 215), se 1.3.5. CAMS oppfordrer pasienten til å trekke frem to hovedproblem som trigger den enkeltes tanke/ønske om selvmord. Disse driverne defineres

altså av pasienten selv (Jobes, 2017, s. 213). Baumeister (1990), som er influert av Shneidman, uttrykker at selvmord er en flukt fra en selv, og selvmordsprosessen knyttes til den emosjonelle og kognitive tilstanden i individet (Baumeister, 1990).

Existential constructivist model (ECTS), se 1.3.5, tas inn i en nyere studie (Lockman & Servaty-Seib, 2018). Der Rogers's ECTS-modell (2001) går ut på at utfordrende livssituasjoner skaper eksistensielt stress og er en motivasjon for å skape mening, viser Lockman & Servaty-Seib (2018) i sin studie at redusert evne til å skape mening kan føre til eksistensielt stress (s. 303). Det er erfaringen av eksistensielt stress som da skaper selvmordstanker (Lockman & Servaty-Seib, 2018, s. 303) Selvmordstanken er vesentlig fordi det er denne som er begynnelsen på all suicidal adferd (Lockman & Servaty-Seib, 2018, s. 294).

ECTS bygger på Yaloms fire grunnleggende livsvilkår (Rogers, 2001), se avsnitt 1.3.5 og 2.2.1, men i stedet for at de grunnleggende livsvilkårene etablerer forsvarsmekanismer mot angst for å dø, mener Rogers at de fire livsvilkårene motiverer for meningsskapende aktivitet (Rogers, 2001, s. 19). Den enkelte skaper sine meningskonstruksjoner ut fra sin eksistensielle forståelse og realitet (Rogers, 2001, s. 20). Selvmordstanker oppstår når personer møter utfordrende livssituasjoner og erfarer eksistensielt stress som ikke samsvarer med ens grunnleggende konstruksjoner. Å etablere funksjonelle rekonstruksjoner av mening ut fra disse hendelsene kan være vanskelig (Lockman & Servaty-Seib, 2018, s. 295). Allikevel er det rekonstruksjoner av mening, som ifølge denne forståelsen, kan forebygge selvmordsrisiko (Lockman & Servaty-Seib, 2018, s. 295). Alvorlige livshendelser som utfordrer ens grunnleggende konstruksjoner, kan være knyttet til åndelig, relasjonelt, psykologisk- og fysisk stress. Det psykologiske stresset (distress) er likestilt (equated) med Shneidmans begrep psychache (Lockman & Servaty-Seib, 2018, s. 295).

Form og innhold i personers meningskonstruksjoner påvirkes blant annet av individuelle og kulturelle forhold og av relasjoner til andre. Samtidig er disse konstruksjonene fleksible og varierer over tid (Rogers, 2001, s. 21). I noen tilfeller kan betydningsfulle meningskonstruksjoner ha tapt sin tilpasningsevne. Dette kan fremkomme etter lang tids vedvarende utfordringer eller korte utfordrende episoder, såkalte «trigger events». Som respons på disse kan personen endre de gamle konstruksjonene gjennom rekonstruktive prosesser for å bedre tilpasningsevnen, eller alternativt begå selvmord (Rogers, 2001, s. 22).

Kjernen i en eksistensiell konstruktivistisk modell for å forstå selvmord er at de eksistensielle anliggende relatert til egen død, meningsløshet og eksistensiell isolasjon søker en

underliggende motivasjon for konstruksjon av mening (Rogers, 2001, s. 22). Rekonstruksjon av mening reduserer eksistensielt stress ved at personens etablerte meningssystemer endres eller at det etableres nye som bedre kan møte utfordrende livshendelser. Dette kan igjen skape et sammenhengende livsnarrativ for den enkelte, noe som har betydning for opplevelse av mening (Lockman & Servaty-Seib, 2018, s. 296).

Brukerperspektivet tar utgangspunkt i pasientens egne erfaringer etter et selvmordsforsøk (Berglund et al., 2016; Vatne & Nåden, 2018). I dette perspektivet vektlegges pasientens egne reaksjoner og erfaringer etter selvmordsforsøket (Lakeman & FitzGerald, 2008).

Selvmordsforsøket forstås som eksistensielt i sin natur og som en form for mestringsstrategi (Lakeman & FitzGerald, 2008). Andre ser selvmordet som uttrykk for en emosjonell belastning. Det å gjenfinne håp og emosjonell balanse blir viktig (Berglund et al., 2016).

Det personsentrerte perspektivet tar utgangspunkt i pasientens eget narrativ (Michel & Valach, 2011) og vektlegger å lytte til pasientens fortelling og å forstå den suicidale tanken og de emosjonelle kampene (Østlie et al., 2018). Her ser man betydningen av å hjelpe pasienten til å få kontakt med seg selv (Hagen et al., 2018, s. 8). Den terapeutiske alliansen er en vesentlig faktor for å bistå pasienten, sammen med en forståelse for det suicidale ønsket (Michel & Valach, 2011, s. 69; Orbach, 2008, s. 304ff). En annen betegnelse på det pasientsentrerte perspektivet er det lyttende perspektivet, som er beskrevet blant annet av Gullestad og Killingmo (Gullestad & Killingmo, 2013). I samtalen er det pasientens subjektive budskap som lyttes frem, sammen med det nonverbale i kommunikasjonen i en tillitsfull relasjon til behandler (Gullestad & Killingmo, 2013).

Presentasjonen over viser noen perspektiver i fagfeltet suicidologi. Utfordringen er å bygge bro mellom de ulike perspektivene (Ajdacic-Grossa et al., 2019, s. 141) og å bringe inn flere perspektiver og ulike metodiske tilnærminger for å gi en bredere forståelse for selvmordets kompleksitet (Hammerlin, 2016; Hjelmeland, 2022, s. 45 ff). Denne studien vil ved sin kvalitative tilnærming primært ha et pasientsentrert eksistensielt perspektiv, der den terapeutiske relasjonen og pasientens eksistensielle tematikk står sentralt.

2.3.3 Selvmordsforståelse fra ulike eksistensielle perspektiver

I essayet «Myten om Sysifos» sier Camus: «Det finnes kun et virkelig alvorlig filosofisk problem: selvmordet. At afgøre, om livet er værd at leve eller ej, er at besvare filosofiens grunnspørsmål.» (2013, s. 11) Med dette mener han at selvmordet er en måte å møte livets absurditet på (Camus, 2013; Mascaro, 2014, s. 269). Eksistensiell tradisjon går inn på

forholdet mellom livets positive og negative sider og ser på betydningen av å snakke om å ha blitt konfrontert med denne tosidigheten i terapi for å komme videre (Mascaro, 2014, s. 269).

Eksistensielle tilnæringer vurderer meningsløshet og isolasjon som komponenter i en eksistensiell konflikt hvor personen søker å løse konflikten ved selvmord (Orbach, 2008, s. 303). Personer som vil avslutte livet sitt, kan oppleve en indre død, der denne indre døden avhjelpest med selvmordet (Levington & Gruba-Mccallister, 1993). Yalom forstår møte med død som en type grenseerfaring, hvor han blant annet henviser til de som ikke døde etter et selvmordsforsøk ved Golden gate bridge (Yalom, 1980, s. 33). Å møte disse erfaringene kan gi modning og vekst (Yalom, 1980, s. 33f) eller, med eksistensiell terminologi, fremme personlig vekst og integritet i stedet for selvdestruksjon (Levington & Gruba-Mccallister, 1993, s. 77). Lidelsen kan møtes ved at man aktivt forholder seg til den, ikke som noe man viker unna (Schnell, 2022, s. 4). Lidelsen kan bli meningsfylt ved å gå inn i det som erfares som vanskelig. Lidelsen og sårbarheten individet står i, kan bli en indre eksistensiell erfaring som gir personlig endring og vekst (Schnell, 2022, s. 6).

Hvis meningsløsheten blir fremtredende, kan det ifølge Frankl oppstå tap av retning i livet, tap av relasjoner, men også tap på det indre plan. Denne opplevelsen av meningsløshet er konfliktskapende fordi mening er grunnleggende i et menneskes liv. Personen som opplever denne konflikten, kan slik benytte selvmord for å unnsnippe denne tomheten eller konflikten (Frankl, 1966b; Orbach, 2008, s. 286). Å være opptatt av selve døden i forbindelse med selvmord kan da være et blindspor siden det er den mentale smerten, psychache, man vil bort fra (Javed & Munawar, 2021, s. 242; Shneidman, 1993; Vatne & Nåden, 2018, s. 28). Den psykologiske smerten er en av de seks selvmordsrisiko variablene som er sentrale i CAMS-intervensjon (Jobes, 2017, s. 213).

2.3.4 Posttraumatisk vekst

Pasienter som gjør selvmordsforsøk, har ofte en lengre utfordrende historie bak seg (Michel & Valach, 2011, s. 70). Noen har også erfart en eller også flere traumatiske hendelser (Beskow et al., 2013, s. 191). Beskow et al. (2013, s. 94) hevder at suicidale personer er traumatisert på tre ulike måter: 1) ved dårlig behandling eller andre relasjonelle problem i barndommen, 2) ved at de ofte er i en aktuell traumatisk situasjon, og til sist 3) ved at et suicidalforsøk i seg selv er et traume ved at personen, på en måte, er døende og personen opplever avmakt. Det er også andre studier som viser til selvmordsforsøket som et traume (Schechter et al., 2019, s. 4; Vatne & Nåden, 2014, s. 172). Med denne bakgrunn kan man forstå selvmordsforsøket som

en traumatisk erfaring. Samtidig, med et ønske om at personen skal tilbake til livet (Sellin et al., 2016), kan et legitimt spørsmål være om denne traumatiske erfaringen kan fremme en positiv endring for personen som gir ønske om å leve videre?

I forlengelsen av en meningskrise trekker Schnell frem begrepet «posttraumatisk vekst». Hun refererer her til Calhoun og Tedeschi, som er foregangspersoner i denne sammenheng (Schnell, 2021, s. 169). Argumentet er at hvis personen greier å tilpasse sin egen psykologiske realitet til den nye situasjonen etter en meningskrise, kan posttraumatisk vekst skje (Schnell, 2021, s. 169). Et annet utgangspunkt for omdanning av negativ erfaring er hva pasientene kan lære av denne hendelsen (Beskow et al., 2015, s. 7), noe også Vohs & Catapano (2019) viser i sin studie, der det fremgår at negative hendelser kan fremme positive erfaringer. Etter store påkjenninger kan en person, som et produkt av å stabilisere meningsuniverset sitt, oppleve positive endringer. Dette blir av noen også kalt posttraumatisk vekst (Park, 2010). Schnell setter posttraumatisk vekst sammen med mening i livet (Schnell, 2021, s. 170). Mening i livet har en karakter av å være dynamisk og subjektiv (Schnell, 2014, s. 173). Slik kan en situasjon gi ny forståelse for håndtering av andre situasjoner (Schnell, 2014, s. 173f)

Posttraumatisk vekst relatert til tiden etter selvmordsforsøket er ikke utforsket i gjeldende studie. Allikevel ønsker jeg å stille spørsmålet om selvmordsforsøket og tiden i tilknytning til selvmordsforsøket kan anvendes aktivt i samtaler for å styrke meningsopplevelsen til pasienter i selvmordsrisiko etter et selvmordsforsøk. Traumatiske hendelser kan forårsake selvmord, jf. delstudie 2. I samme studie ser vi at noen av informantene får en ny og positiv innstilling til livet etter selvmordsforsøket, andre uttrykker takknemlighet fordi de overlevde. Spørsmålet er om denne endrede innstillingen til livet på bakgrunn av å ha overlevd et selvmordsforsøk, et traume (jf. Beskow et al, 2015), kan karakteriseres som en form for posttraumatisk vekst. Posttraumatisk vekst forstås i denne sammenheng som at personen erfarer en eksistensiell endring i positiv retning (Tedeschi et al., 2017). Å benytte dette potensialet i samtaler for å fremme refleksjon og endring kan slik være relevant (Schnell, 2022; Vatne & Nåden, 2014, s. 172).

2.3.5 Pasienter i selvmordsrisiko

Avhandlingens problemstilling bruker betegnelsen «pasienter i selvmordsrisiko». Det vil slik være nødvendig å avklare hva denne avhandlingen forstår med denne betegnelsen, da de ulike betegnelse i suicidologi ikke er entydige (Silverman, 2006, s. 516f; Silverman & De Leo, 2016), se avsnitt 2.3.6. Studiens empiriske materiale viser til pasienter i aldersgruppen 20–75

år som har gjort minst ett selvmordsforsøk. Dette refererer til artikkel 2, se vedlegg 8. I avsnitt 2.3.1 viser jeg til forekomst av selvmord. Dette gjøres for å gi et bilde av mengden mennesker som faktisk dør som følge av et selvmordsforsøk. Hvert tall representerer et menneske med sin individuelle historie. For hver person som dør i selvmord regner man at ca.10 personer gjør et selvmordsforsøk (Ryberg et al., 2016, s. 2). Hvor alvorlig og skadelig selvmordsforsøket er, fremkommer ikke i disse tallene. Det fremkommer heller ikke om intensjonen var å dø eller «bare» skade seg selv, noe som heller ikke er lett å predikere (Hjelmeland, 2022, s. 56f).

Selvmondsaktivitet kan sees på som et spektrum fra trang til å dø, tanker om å dø og passiv tenkning, gjennom tanker om selvskading til selvmord med død som en mulig konsekvens (Javed & Munawar, 2021, s. 239; Keefner & Stenvig, 2020, s. 393). En persons selvmordsrisiko kan variere innen et område av lav alvorlighetsgrad til høy alvorlighet med døden til følge (Javed & Munawar, 2021). Personer som selv har forsøkt å ta livet sitt beskriver suicidalitet som en prosess (Vatne & Nåden, 2018, s. 28).

I definisjoner av selvmord brukes begreper som eksempelvis selvmordsadferd, selvmordstanker, selvmordsforsøk og selvmordshandlinger (se avsnitt 2.3.6). Betegnelsen «kronisk suicidal» benyttes også, selv om det er uenighet om hva dette innebærer (Ekeberg & Hem, 2017; Hjelmeland, 2022, s. 76). Disse begrepene forteller noe om pasientens selvmordsprosessen og alvorlighetsgrad. Betegnelsene kan samtidig indikere hvilken oppmerksomhet behandlere må ha omkring pasientens tanker om potensiell selvmordsfare. Selvmordstanker er imidlertid starten på en prosess som kan føre til et fatalt selvmord – selvmordstankene vil være starten på personens suicidale adferd (Lockman & Servaty-Seib, 2018, s. 294).

De nasjonale retningslinjene (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 14) definerer selvmordsrisiko som: «En risiko for at et menneske vil ta livet sitt i en gitt tidsperiode i en gitt situasjon». Risikovurderinger kvalifiserer allikevel ikke som garanti for at man kan forutsi et potensielt selvmordsforsøk (Hjelmeland, 2021, s.). Man kan ikke forebygge alle selvmord og selvmordsforsøk, men målet er å sikre forsvarlig helsehjelp for å redusere omfang av selvmord i størst mulig grad. Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko er sentrale virkemidler i dette arbeidet (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 15-16), se avsnitt 2.5.

De ulike teoriene og forklaringsmodellene i avsnitt 1.3.5 og 2.3.2 belyser fenomenet selvmord fra ulike perspektiver (Hjelmeland, 2013; Martin et al., 2020). Selvmordsrisiko kan være en konsekvens av ulike komplekse interaksjoner som omfatter både psykologiske, biologiske,

kulturelle og sosiale faktorer samt negative livshendelser (Berglund et al., 2016, s. 715; O'Connor & Kirtley, 2018, s. 1; O'Connor & Nock, 2014, s. 75; Verrocchio et al., 2016, s. 1), se 2.3.2. Pasienter i selvmordsrisiko er ikke en homogen gruppe mennesker, og kan ha ulike begrunnelser for selvmordet (Martin et al., 2020; Michel et al., 2017). Måten man forstår selvmord og selvmordsforebygging på gjenspeiles imidlertid i selvmordsforskningen og den enkelte forskers plassering i suicidologifeltet (Hjelmeland, 2013; Hjelmeland, 2022, s. 19f). Med dette som bakteppe vil vi i denne studien forstå selvmordsrisiko slik det er formulert i de nasjonale retningslinjene: «En risiko for at et menneske vil ta livet sitt i en gitt tidsperiode i en gitt situasjon» (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 14).

Informantene i delstudie 2 gir et bilde av mangfoldet og kompleksiteten hos personer som er i selvmordsrisiko. Intervjuene her viser at informantenes alder, kjønn, bakgrunn, yrke, sosiale forhold, tenkning, alvorlighetsgrad og begrunnelse for selvmordsforsøkene varierer. Listen er ikke uttømmende. Dette samsvarer med kunnskap fra suicidologifeltet hvor man ennå ikke med full sikkerhet kan si hva som er hovedårsaken til et selvmord (O'Connor & Nock, 2014). Det sies også at ens evne til å forutsi (predikere) et selvmord ikke har bedret seg betraktelig de siste tiårene (O'Connor & Kirtley, 2018, s. 1; O'Connor & Nock, 2014). Allikevel ser man noen fellestrekk, tendenser og risikofaktorer som påvirker personens tenkning og handling tilknyttet et selvmordsforsøk, jf. over. På den annen side mangler man en klar teoretisk forankring, noe de ulike forståelsene over fremviser, 1.3 og 2.3.2, og man har heller ikke en entydig definisjon, (Hjelmeland, 2022, s. 23/55; Silverman & De Leo, 2016), se 2.3.6.

Forståelsen jeg legger til grunn for denne avhandlingen er at personer i selvmordsrisiko, uavhengig av begrunnelse for selvmordsforsøket, har en eksistensielt vanskelig livssituasjon. Personen har et behov for å bli lyttet til, bli sett og forstått i sin eksistensielle krise (Andrews, 2016, s. 104). Gjennom selvmordsforsøket kan personen søke å unnsnippe det som for denne personen oppleves smertefullt (Jobes, 2017; Rogers, 2001; Shneidman, 1993; Verrocchio et al., 2016).

Videre forstår jeg pasienter i selvmordsrisiko ut fra et personsentrert perspektiv der individets subjektive opplevelse og erfaring blir vektlagt (Cutcliff et al., 2006; Hagen et al., 2018; Sellin et al., 2016; Vatne & Nåden, 2014), og dialogen om eksistensiell tematikk med behandler eller sykehusprest er sentral, se avsnitt 1.3.3 og 2.7.5 (Schnell, 2021; Stifoss-Hanssen, Grung, et al., 2019). Pasientens eventuelle diagnose blir ikke omtalt, se avsnitt 1.3.5 og 3.2.2. Den terapeutiske forståelsen vektlegger en lyttende tilnærming til pasientens historie (Berglund et al., 2016, s. 724; Michel & Valach, 2011; Orbach, 2008; Schechter et al., 2019), hvor den

eksistensielle dimensjonen bredt forstått er i fokus, se avsnitt 2.1 (DeMarinis, 2003; la Cour & Hvidt, 2010).

2.3.6 Definisjon av selvmord

Ordet suicid kommer fra latin «sui» som betyr alene, og «caedere» som betyr å drepe (Kuzmanic, 2012 s. 22). Det finnes flere ulike definisjoner av selvmord (Kuzmanic, 2012, s. 22; Silverman, 2006, s. 521; World Health Organization, 2014). Samtidig uttrykkes det at man innen suicidologi mangler et entydig begrepsapparat som gir en felles forståelse for hva man forstår med de ulike begrepene (Silverman, 2006; Silverman & De Leo, 2016). Andre kommer med kritiske kommentarer og alternative tilnærminger til fagfeltets definisjoner og terminologier (Hjelmeland, 2022 kap 2).

Helsedirektoratet sier i sin veileder til kommunene at: «Selvmordsforsøk defineres som handlinger med den hensikt å skade seg selv, der det fremkommer et ønske om å dø» (Helsedirektoratet, 2017b kap.7.2). I Folkehelseinstituttets folkehelse rapport defineres selvmordsforsøk og selvmord på følgende måte: «Ved selvmordsforsøk foreligger det en intensjon om å dø, selv om intensjonen kan variere i styrke. Selvmord (også kalt selvdrap eller suicid) er resultatet av en selvpåført skade og et villet ønske om å dø» (Folkehelseinstituttet, 2022).

ICD-11 beskriver selvmordstanker som «tanker, ideer eller grublerier om muligheten for å avslutte livet, alt fra å tenke at man ville ha en bedre død til formulering av forseggjorte planer», kategori VXE97V, se avsnitt 2.4.1 (WHO, 2018).

DSM-5 definerer selvmord som «tanker om selvskading, med bevisst vurdering eller planlegging av mulige teknikker for å forårsake ens egen død» (American Psychiatric Association (DSM-5), 2013). Både ICD-11 og DSM-5 viser til selvmord som en prosess ved at man viser til tanker og vurderinger rundt handlingen. WHO sine definisjoner er mer direkte knyttet til handlingen uten å indikere en forutgående prosess.

WHOs definisjoner relaterer seg til begrepene selvmord, selvmordsforsøk, -risiko og -adferd. Definisjonen benyttet i artikkel 2 og artikkel 3 knytter seg til ordet «selvmordsrisiko» som uttrykker tanke, plan, forsøk og handling, uten at intensjon eller årsaksfokus er ivaretatt, se 2.3.5. Denne er ulik definisjonen av selvmordsrisiko fra Nasjonal handlingsplan (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 14), se avsnitt 2.3.5. Selvmordsrisiko, slik den er formulert i Nasjonal handlingsplan sin definisjon, er ut fra en vurdering av person og situasjon.

Denne avhandlingen bruker definisjoner fra WHO knyttet til selvmord og relaterte begrep. Dette valget er begrunnet i at WHO med sine samarbeidspartnere har presentert de mest sammenhengende og upartiske data fra sine medlemsland (Bachmann, 2018, s. 2). Disse definisjonene er ikke nødvendigvis de eneste definisjoner som kunne vært benyttet. Allikevel, ut fra studiens problemstilling gir definisjonene en bakgrunn for å forstå selvmordsforsøkets alvorlighetsgrad generelt. Et ankepunkt er imidlertid at personens eksistensielle anliggende eller øvrige nyanser utover skade eller død ikke fremkommer. Motivasjon knyttet til personens tanker med eller kontekst rundt selvmordsforsøk fremkommer heller ikke i WHO sine definisjoner. Sistnevnte er sentralt i gjeldende studie, der det eksistensielt meningsbaserte ved handlingen er sentral (Rogers, 2003).

I artikkel 1 er følgende definisjon fra WHO av selvmord og selvmordsforsøk benyttet: «Suicide can be defined as an act committed by a person with the intention to injure and kill oneself. An attempted suicide is a self-inflicted poisoning or injury by a person with the intention of dying» (World Health Organization, 2014, s. 12).

I artikkel 2 og 3 benyttes følgende definisjon av selvmordsrisiko: En person er i selvmordsrisiko hvis man erfarer «a range of behaviors that include thinking about suicide (or ideation), planning for suicide, attempting suicide and suicide itself» (World Health Organization, 2014, s. 12). Begge har utgangspunkt i WHO's dokument om selvmordsforebygging «suicid prevention» fra 2014 (World Health Organization, 2014).

I delstudie 2, skilles det mellom «suicid» og «suicidalitet». Suicid knyttes til selve handlingen, den suicidalens fysiske adferd (Kuzmanic, 2012, s. 24). «Suicidalitet» forstås som den emosjonelle og opplevelsesmessige dimensjonen hos den selvmordsutsatte (Kuzmanic, 2012). «Suicidalitet» korresponderer bedre med studiens faglige tilnærming og det personsentrerte perspektivet som avhandlingen refererer seg til, se 2.3.2 (Michel & Valach, 2011; Østlie et al., 2018). I denne avhandlingen vil jeg basere meg på begge disse definisjonene, men også vise til personens suicidalitet.

2.4 Studiens kontekst

Selvmord er både en samfunnsutfordring og et folkehelseproblem. Dette gjenspeiler seg i planer og vedtak som er gjort av norske myndigheter (Departementene, 2020a, 2020b). To sentrale begreper er *forebyggende* og *helsefremmende faktorer* (Holmen et al., 2016). Studier viser at å vie oppmerksomhet til individers eksistensielle behov i behandling kan ha betydning for meningsdannelse og virke helsefremmende (DeMarinis, 2003, 2018; Frøkedal et al., 2019;

Haug, 2015; Lockman & Servaty-Seib, 2018; Stålsett, Austad, et al., 2010; Sørensen & Lien, 2022; Sørensen et al., 2015). Selv om denne studien primært har et selvmordsforebyggende perspektiv, er ønsket samtidig at studien kan gi et helsefremmende bidrag, da den søker å fremme større åpenhet om eksistensielle temaer i møte med pasienter i selvmordsrisiko som del av en helhetlig tilnærming (DeMarinis, 2003, 2018; Schnell, 2014).

Studier viser at helseprofesjoner opplever utfordringer med å samtale om eksistensielle temaer. I en engelsk fokusgruppetudie som inkluderte leger, sykepleiere og sosionomer ved en palliativ avdeling, fant Abbas & Dein (2011) at deltakerne opplevde det vanskelig å snakke med pasientene om åndelige / eksistensielle temaer fordi de opplevde at de manglet ordforråd, hadde personlige vanskeligheter med å samtale om død og hadde behov for trening og undervisning. Videre opplevde de at åndelige og eksistensielle temaer var et privat anliggende, og de var redd for ikke å kunne løse pasientens problemer, hadde usikkerhet på eget ståsted, hadde vansker med å finne egnet tidspunkt, og de hadde også vansker med å skille almene og religiøse spørsmål. En Canadisk tverrfaglig studie fra en psykiatrisk akuttavdeling viste at de opplevde det vanskelig å skille mellom pasientens eksistensielle erfaringer og det som var relatert til pasientens psykose (Suto & Smith, 2014). En systematisk review-studie så på samtaler om eksistensielle temaer mellom leger og pasienter med kronisk smerte. Studien viste at pasienten ønsket at legen skulle være involvert i deres personlige anliggender, også eksistensielle temaer ble knyttet til deres religiøse behov (Andersen et al., 2019). Samme review viste imidlertid at disse temaene ikke ble vektlagt (Andersen et al., 2019, s. 13), med unntak hvis det eksistensielle var et aspekt ved pasientens medisinske utfordringer (Andersen et al., 2019, s. 13). Det viste seg at leger fokuserte mer på det konkrete i samtalen, og at samtalen om eksistensielle temaer blant annet berodde på den medisinske kulturen, personlige interesser og erfaring (Andersen et al., 2020). En norsk kvalitativ studie bekreftet at legene var høflige og omsorgsfulle i møte med pasientene, men den eksistensielle omsorgen var for det meste fraværende (Agle Dahl et al., 2011, s. 651). Strang et al., (2014) fant at sykepleiere som fikk støtte og opplæring var komfortable med å snakke om eksistensielle temaer med pasienter som skulle dø. En systematisk review og meta-analyse fant videre positive sammenhenger mellom legers egen religiøsitet eller spiritualitet og deres selvrapporterte praksis når det gjaldt å ta opp religiøse og åndelige temaer med pasienter (Kørup et al., 2021). Sistnevnte studie viser at forskning på dette temaet er mangelfull. Våre søk har også vist at forskningen er svært mager når det gjelder hvordan og hvorvidt

eksistensielle temaer tas opp i samtaler mellom pasienter i selvmordsrisiko og behandlere i spesialisthelsetjenesten.

I kommende avsnitt vil jeg kortfattet orientere om studiens kontekst, nasjonale planer som relaterer seg direkte til sentrale myndigheters selvmordsforebyggende arbeid, og til slutt skrive kort om diagnosesystemene.

2.4.1 Spesialisthelsetjenesten i Norge

Studiens kontekst er norsk spesialisthelsetjeneste. Norske sykehus er delt inn i fire regionale helseforetak, Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Sørøst og Helse Vest (Helse og omsorgsdepartementet, 2021, 26. mai). Dette er økonomisk selvstendige regionale foretak som drifter de ulike helseforetakene i hvert sitt foretaksområde. De ulike helseforetakene er igjen bestående av ulike sykehus lokalisert i et gitt geografisk område med avdelinger innen psykisk helsevern og innen somatikk (NOU 2016: 25, 2016). Formål og innhold i helsetjenesten er ivaretatt i lov om spesialisthelsetjenesten (Spesialisthelsetjenestenloven, 1999).

Somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern er inndelt i tre nivåer. Det første nivået omtales som kommunehelsetjenesten eller førstelinjetjenesten. Det andre nivået er spesialisthelsetjenesten. Nivå to er lokalisert i sykehus, eller som distriktpsikiatriske sentra, DPS / distriktsmedisinske sentra, DMS. Nivå tre er spesialiserte helsetjenester og universitetsklinikker (NOU 2016: 25, 2016; Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Norske helsetjenester ønsket med samhandlingsreformen (St. meld. 47 (2008–2009)) å fordele ressurser og oppgaver mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. På den måten kunne man gi best mulig helsehjelp til rett tid og sikre pasientene et målrettet pasientforløp (St. meld. 47 (2008–2009)).

Fastlegen kan ofte bli den første kontakten en person har med førstelinjetjenesten. Fastlegen blir bindeleddet mellom de ulike hjelpetjenestene i primærhelsetjenesten og kan henvise til spesialisthelsetjenesten når spesialistkompetanse er nødvendig. Eksempelvis kan en psykisk syk pasient bli henvist til DPS. DPS tilbyr spesialiserte tjenester innen psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). De kan ta imot pasienter poliklinisk eller på døgnavdelinger og utføre ambulante tjenester. De sykeste psykiatriske pasientene kan få hjelp ved å bli lagt inn på psykiatriske akuttavdelinger. Pasienter som kommer til sykehuset etter et selvmordsforsøk, hører hjemme i psykisk helsevern. Dette skyldes at suicidalitet plasseres som diagnose i det psykiatriske området under kategorien VXE97V: Intentional self-harm,

person intended to die (WHO, 2018). Av og til må imidlertid personer få hjelp av somatiske og kirurgiske tjenester som følge av skader som er oppstått i forbindelse med selvmordsforsøket. Flere av informantene i delstudie 2 fikk først behandling i somatisk spesialisthelsetjeneste før de kom til en psykiatrisk sengepost eller fikk oppfølging på DPS-poliklinikk. Dette er grunnen til at studien har intervjuet behandlere fra den somatiske spesialisthelsetjenesten, da disse møter pasienter som kan ha somatiske og kirurgiske skader etter selvmordsforsøket.

Det er instansene innen spesialisthelsetjenesten denne studien særlig ønsker å se på. Studien plasserer seg innenfor spesialisthelsetjenestens forskrifter og oppgaver, mer spesifikt innenfor somatiske sykehus og psykisk helsevern på nivå to (NOU 2016: 25, 2016; Sosial- og helsedirektoratet, 2006; St. meld. 47 (2008–2009)).

2.5 Nasjonale planer om selvmord

Norske myndigheter har i en årrekke utformet ulike planer for hvordan norsk spesialisthelsetjeneste skal møte og jobbe med selvmordsutfordringene i samfunnet. Det er laget ulike rapporter rettet mot arbeid og prioriteringer i psykisk helsevern. I følgende kapittel vil jeg kortfattet presentere offentlige planer og meldinger, faglige råd og omtale en registerstudie som er relevant for studiens problemstilling (Departementene, 2020a; Helsedirektoratet, 2014, 30 april, 2017a; Sosial- og helsedirektoratet, 2008; Walby et al., 2020). Presentasjonen er kronologisk. Jeg vil også vise hvilke av disse som uttrykker eksistensielle implikasjoner i tiltakene sine.

Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern kom i 2008.

Retningslinjene henvender seg til ledere og utøvere/behandlere i psykisk helsevern og erstatter de lokale veilederne og retter seg mot forebyggende arbeid.

Selvmondsrisikovurdering er ett av disse forebyggende tiltakene. Dokumentet bygger på råd fra NSSF og internasjonale dokumenter som fra WHO. Retningslinjene er ikke bindende, men retningsgivende og har til hensikt å oppnå faglighet og kvalitet i psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Selvmondsrisikovurdering omtales som viktig i det forebyggende arbeidet og skal hjelpe helsepersonell til å oppdage selvmondsrisiko. Selvmondsrisiko innebærer å vurdere både personen og dennes situasjon. Den som gjør vurderingen, bør ha fått opplæring (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 16). En forutsetning for å gjøre en vurdering er kunnskap om de viktigste risikofaktorene, diagnostikk og kliniske intervjuferdigheter og at den som intervjuer, har relasjonskompetanse (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 14).

Den nasjonale handlingsplanen fra 2008 har under kapitlet om prosedyrer listet opp risikofaktorer og spørsmål som bør stilles ved kartleggingen av selvmordstanker og planer. Et av disse spørsmålene er om pasienten har uttalt håpløshet eller dødsønske, et annet er om personen har selvmordstanker (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 36-37).

I *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017* er fem målområder beskrevet: 1) å fremme god psykisk helse og mestring i befolkningen, 2) redusere forekomst av selvmord og selvskading i risikogrupper, 3) god oppfølging og ivaretagelse av etterlatte, pårørende og andre berørte, 4) et kunnskapsbasert tjenesteapparat og 5) kunnskapsbaserte strategier og tiltak (Helsedirektoratet, 2014, 30 april, s. 6). Planen er utarbeidet av brukerorganisasjonene og kompetansemiljøer. 29 nye tiltak skal iverksettes i henhold til målområdet (Helsedirektoratet, 2014, 30 april). I denne planen trekkes det eksistensielle aspektet frem som et forebyggende tiltak under beskyttende faktorer mot selvmord: «Personlig, kulturell, sosial eller religiøs overbevisning som motvirker selvmord og styrker individets ønske om å leve» (Helsedirektoratet, 2014, 30 april, s. 17).

I *Selvskading og selvmord – veiledende materiell for kommunene om forebygging. Nasjonale faglige råd (2017/ 2021)* (Helsedirektoratet, 2017a) rettes veiledningen for det selvmordsforebyggende arbeidet mot kommunene. Det gis konkrete råd for selvmordsforebygging og selvskading og oppfordres til samtaler om hvorfor vedkommende ønsker å dø, og å avklare hva som ledet frem til selvmordsforsøket.

Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (2018): På grunn av høye selvmordstall for mennesker inneliggende på psykiatriske sykehus har dette fått økende oppmerksomhet. I et notat fra Helsedirektoratet i 2017 fremkommer det en statistikk over selvmord og selvmordsforsøk i sykehus og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017a). I forlengelsen av dette har Walby og medarbeidere gjort en registerstudie hvor selvmord på psykiatriske sykehus er blitt kartlagt (Walby et al., 2018). Denne studien er videreført, og i januar 2020 ble det publisert et kartleggingssystem for psykisk helsevern og rusbehandling (Walby et al., 2020). Eksistensiell tematikk er ikke oppgitt som tema i denne registerstudien, men studien er et viktig arbeid blant annet for å synliggjøre og skape et mer detaljert bilde av selvmordsdødsfallene (Walby et al., 2020).

Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025 «Ingen å miste», med vedlegg (Departementene, 2020a, 2020b) er et samarbeid mellom åtte ulike departementer. Handlingsplanen har satt en nullvisjon som mål i det forebyggende arbeidet mot selvmord.

Man vil her tilstrebe et åpent og inkluderende samfunn der hele samfunnet, ikke bare helsevesenet, er aktører i arbeidet for å forebygge selvmord. Øvrige land med tilsvarende visjon er USA, Storbritannia, Canada og Sverige. Samtaler om eksistensielle temaer tas kort opp på to steder, først tilknyttet rus (Departementene, 2020a, s. 40ff), videre i vedlegget under overskriften som viser områder hvor man trenger ytterligere kompetanse (Departementene, 2020b, s. 3). Et tiltak i handlingsplanen er et tverrsektorielt nasjonalt forum. Dette skal sikre felles innsats og koordinering på tvers av sektorene i det selvmordsforebyggende arbeidet (Departementene, 2020a, s. 9).

2.6. Diagnosemanualer

Det finnes to internasjonale diagnosesystemer. Den ene er WHO's Internasjonale klassifikasjonssystem av sykdommer, ICD 11 (WHO, 2018 kap XE97V). Den andre er Diagnose- og statistikkmanual for mental sykdom, DSM, utarbeidet av den Amerikanske psykiatriske forening, APA (American Psychiatric Association (DSM-5), 2013). I norsk spesialisthelsetjeneste benyttes hovedsakelig ICD, som nå er kommet i versjon 11 (Dahl, 2020; WHO, 2018).

Det har vært en utvikling i DSM når det gjelder synet på religiøse eller eksistensielle temaer, fra at man i versjon III snakket ned religiøse erfaringer og adferd, til at man i DSM-IV trakk frem tap og spørsmål om tro som sentrale (Galek et al., 2007, s. 373). Gjennom nåværende versjon, DSM-V, har helsepersonell fått styrket kompetanse for å samtale om eksistensielle temaer. Dette kan ha bidratt til å minske det problemet som omtales som «religiøsitetsgapet» («religiosity gap») (Galek et al., 2007, s. 372 ff).

Kulturformuleringsintervjuet (KFI) er et vedlegg til DSM-V (ROP: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk helse, 2021). KFI er et semistrukturert intervju for systematisk kartlegging av kulturelle forhold i pasienters bakgrunn og forståelse av seg selv og sin lidelse. Det er beregnet på bruk i en tidlig fase i behandlingsforløpet. Intervjuet har som hensikt å samle informasjon som har betydning for personens kliniske utfordringer. Spørsmålene har en personsentrert tilnærming og søker å forhindre stereotypitenkning og få frem personens eget syn og egne erfaringer (American Psychiatric Association (DSM-5), 2013). Kort sagt blir KFI en strukturert måte å kartlegge personers eksistensielle temaer på. Forskningscenter for eksistensiell helse ved Sykehuset Innlandet har pågående prosjekter som søker å prøve ut og implementere KFI i ulike enheter i sykehuset

som alderspsykiatri, rusbehandling, barne- og ungdomspsykiatri, rehabilitering og palliativ omsorg (ROP: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk helse, 2021).

2.7 Sykehusprester i norsk spesialisthelsetjeneste

Da sykehusprester er en del av studiens problemstilling, vil presentasjonen handle mer om disse enn om behandlerne. Behandlerne vil ikke få egen omtale, da deres kompetanse og plass i spesialisthelsetjenesten forutsettes kjent. Med behandlere er det ment helsepersonell slik det er beskrevet i helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999 § 3). Dette kapitlet har til hensikt å gi et bilde av sykehusprestens funksjon, kompetanse og deres rammer i spesialisthelsetjenesten. Det vil også bli orientert om endringene til et livssynsåpent samfunn.

2.7.1 Sykehusprester og behandlere i spesialisthelsetjenesten

Overordnet er sykehusprestene en faggruppe i spesialisthelsetjenesten hvis hovedoppgave er å bidra til at sykehuset kan tilby eksistensiell omsorg til pasientene på spesialistnivå (Berthelsen & Stifoss-Hanssen, 2014, s. 386-387; Grung & Bråten, 2019, s. 71). Dette er med utgangspunkt i at helsetjenesten har et helhetlig perspektiv i sin pasienttilnærming (NOU 2013: 1, 2013 15.5). Dette tilsier at pasienter ikke bare kan få, men også har en rettighet til å få et helhetlig helsetilbud når de er innlagt i spesialisthelsetjenesten (Stifoss-Hanssen, Danbolt, et al., 2019, s. 62f).

Sykehusprestene jobber i somatiske sykehus og psykisk helsevern. Oppgavene sykehusprestene har, er noe ulike avhengig av hvor de har hovedbasen sin, men det er store likheter. Oppgavene kan være typiske kirkelige handlinger (kasualia) som gudstjeneste, begravelse, bryllup, samt sakramentsforvaltning (dåp og nattverd). Ut over disse vanlige pastorale oppgavene kommer samtaler, undervisning og veiledning (Gubi & Smart, 2016, s. 294ff; Thomsen et al., 2019, s. 52f). De fleste sykehusprester er representert i stedets kliniske etikk-komité som etisk fagperson (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011 ; NOU 2013: 1, 2013 15.5). I psykisk helsevern er sykehusprestene ofte med i eller leder eksistensielle grupper med pasientene (Frøkedal et al., 2017, s. 1/11). I tillegg vil det v re oppgaver som har utgangspunkt både i de ulike avdelingene, i tillegg til oppgaver basert på sykehusprestens egen spisskompetanse. Sykehusets ulike kulturer kan slik innvirke på hvordan sykehusprestens kompetanse blir brukt (Galek et al., 2007, s. 371; Kleinman & Benson, 2006). Behandlerne kan legge føringer for n r og hvilke samtaler og situasjoner sykehuspresten tilkalles til, da det er disse som ofte henviser til, eller er kontaktpunkt for,

samtaler med sykehusprest (Galek et al., 2007, s. 364; Thomsen et al., 2019, s. 53f; Timmins et al., 2017, s. 95f).

I det direkte kliniske arbeidet er sykehuspresten avhengig av et tverrfaglig samarbeid med sykepleiere, leger og øvrig helsepersonell. Sykehusprestene støtter seg på behandlerne for å få kjennskap til pasientens behov og ønske om eksistensiell omsorg (Galek et al., 2007).

Sykehusprestenes tilfang på samtaler er altså organisert slik at det er vesentlig med samhandling med behandlerne (Cramer et al., 2013; Cunningham et al., 2017, s. 1235). En studie fant at sykepleiere oftere enn leger henviser til sykehusprest (Galek et al., 2007, s. 364). Pasientene på sin side er avhengig av at behandlerne gir informasjon om at sykehuset har sykehusprest som er tilgjengelig, og at de ønsker samtale med en sykehusprest (Cramer et al., 2013; Stifoss-Hanssen, Danbolt, et al., 2019, s. 62).

Sykehusprestetjenesten har ofte en sentral funksjon når leger ikke kan tilby mer behandling og pasienten er terminal (Galek et al., 2007, s. 364). Sykehuspresten er sentral ved dødsfall, også dødsfall knyttet til selvmord i sykehuset. Deltakerne i delstudie 3 understreket dette, samtidig erfarte deltakerne at de ble tilkalt for å ta den «vanskelige samtalen», prate om død, eventuelt samtale med pårørende og sykehusets ansatte (se sykehusprestestudien).

Sykehusprestetjenesten er en del av et flerfaglige team og aller helst del av et tverrfaglig samarbeid (Cunningham et al., 2017, s. 1232; Timmins et al., 2017, s. 95f). I nasjonale rapporter og meldinger innen palliativ omsorgen vises det til at det ligger til sykehusprestens oppgaver å ivareta pasientens åndelige og eksistensielle behov (Meld. St. 24 (2019–2020), 5.1.4; NOU 2017: 16, 2017). I psykisk helsevern er sykehuspresten med på tverrfaglige møter og samtaler. I de ulike nasjonale planer relatert til selvmord er imidlertid ikke sykehusprest/livsynsbetjening eller pasientens eksistensielle behov omtalt, se 2.5.

En utfordring i det tverrfaglige samarbeidet er at ikke alle vet hvordan eller hva sykehusprestetjenesten kan bidra med (Cramer, 2013). Dette impliserer at sykehusprestene har en oppgave foran seg med å informere om på hvilken måte og når deres kompetanse kan benyttes (Cunningham et al., 2017, s. 1233).

2.7.2 Sykehusprestens formelle rammer

Både behandlere og sykehusprester er delaktige med sine respektive tilnærminger for å gi pasienten god behandling og omsorg. Behandlere med kompetansene de har, skal utøve medisinske tjenester som i første hånd er spesialisthelsetjenestens primæroppgaver.

Sykehuspresten skal bidra med kompetanse på sine områder, som nevnt over. Behandlere er

underlagt helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999). I Norge er ikke sykehusprestene helsepersonell etter lovens definisjon (Helsepersonelloven, 1999 § 3), men medhjelpere som yter helsehjelp ut fra pasientens behov (Helsepersonelloven, 1999 § 5), da i eksistensiell tematikk og sjelesorg. Sykehusprestetjenesten er heller ikke en lovpålagt tjeneste. Når sykehusprestene har vært og er ansatt på norske sykehus, er det på grunn av kirkens posisjon i Norge og den gjennomgående positive anseelsen som sykehusprestene har fått (Stifoss-Hanssen, Danbolt, et al., 2019).

Helseprofesjonene har juridiske lover som regulerer arbeidet deres (Helsepersonelloven, 1999), i tillegg til etiske retningslinjer tilhørende den enkelte profesjon. For sykehusprestetjenesten er det annerledes. De har tradisjonelt bestått av ordinerte prester i Den norske kirke, som er luthersk (Grung & Bråten, 2019, s. 76f; Stifoss-Hanssen, Danbolt, et al., 2019, s. 61). Som følge av denne tilknytningen står de under åndelig tilsyn av områdets biskop, selv om de er ansatt i helseforetakene. Sykehusprestene har ingen overordnet nasjonal eller regional struktur. Utdanning, erfaring og empiriske studier er styrende for det arbeidet de utfører (Kaufman & Danbolt, 2020). Det er et fagutvalg for prester i helsetjenesten, FAHP (Den norske kirkes presteforening, 2021). FAHP skal ivareta profesjonell standard og god praksis (Presteforeningen, 2021; Stifoss-Hanssen, Danbolt, et al., 2019, s. 61). Lederen for fagutvalget er valgt for to år og sitter i det europeiske fagrådet for helseprester (ENHCC) (The European Network of Health Care Chaplaincy, 2019). Det er også utarbeidet profesjonsetikk for prester (Presteforeningen, 2017). Hvem som er sykehusprestens formelle leder i sykehuset, er forskjellig fra sted til sted. Konkret medfører dette at sykehuspresten etablerer rammene sine og den profesjonelle standarden ut fra egen praksis, stedets kultur, arbeidsavtaler med arbeidsgiver og sin ordinasjon. Den følgende referansen (Sykehuset Innlandet HF, 2021) viser et eksempel på at sykehusprestene har en relativt fri stilling, med få veiledende prosedyrer og rom for eget faglig skjønn. De formelle rammene er utvilsomt utydelige og varierende. Det er av betydning at ledere og terapeuter i praksis er positive til sykehusprestens arbeid, blant annet til det å samtale med pasienten om eksistensielle temaer (Frøkedal et al., 2019, s. 9f).

For sykehusprestene i Norge er taushetsplikt et sentralt tema (Leer-Salvesen & Andreassen, 2017), slik er det også internasjonalt (Carey et al., 2015) Sykehusprestene uttrykker at deres taushetsplikt setter begrensninger for hva de kan meddele til helsepersonalet (Grung & Bråten, 2019, s. 77). Taushetspliktens formål generelt er å ivareta tilliten mellom profesjonsutøver og pasient (Leer-Salvesen & Andreassen, 2017, s. 166). Loven skiller ikke

mellom sykehusprester og prester generelt. Slik omfatter taushetspliktbestemmelsene også sykehusprester. Prestene står både under en kallsmessig taushetsplikt, omfattet av straffeloven (Straffeloven, 2005 § 211), og taushetsplikt hjemlet i forvaltningsloven (Forvaltningsloven, 1967 § 13). I tillegg omfattes prestene av en generell avvergeplikt som setter taushetsplikten til side (Straffeloven, 2005 § 196), se også 5.2.3. Til det første hører blant annet informasjon som fremkommer som betroelser i sjelesorgsamtaler. Taushetsplikt etter forvaltningsloven har reservasjoner knyttet til blant annet informasjon om personlige forhold. Avvergeplikt er en bestemmelse som gjelder alle norske borgere for å avverge alvorlige forbrytelser og hendelser (Leer-Salvesen & Andreassen, 2017, s. 175). Relatert til det tverrfaglige samarbeidet, kan sykehuspresten avklare med pasienten selv hvis det er hensiktsmessig at informasjon formidles til behandler (Leer-Salvesen & Andreassen, 2017). Temaet taushetsplikt er omfattende, videre utdyping vil ikke bli gjort i denne avhandlingen, kun reletert til studiens funn i den grad det har relevans å tematisere taushetsplikt, se kapittel 4, og 5.2.3.

2.7.3 Sykehusprestens kompetanse

En sykehusprest har teologisk profesjonsutdanning (embetseksamen) samt pastoralklinisk videreutdanning (Frøkedal et al., 2017; NOU 2013: 1, 2013 15.5). Pastoralklinisk utdanning (PKU) har tradisjonelt hatt et pasientsentrert sjelesorgsperspektiv (Engedal, 1994; Stifoss-Hanssen, Grung, et al., 2019). Dette sjelesorgsperspektivet, som har vekt på tros- og livshjelp, reflekterer internasjonale strømninger i sjelesorgsfaget (Cooper-White, 2012; Stifoss-Hanssen, Grung, et al., 2019). Mange sykehusprester har i tillegg til den teologiske utdanningen sin terapeutisk kompetanse eller annen videreutdanning som gir dem godkjenning som spesialist i praktisk prestedtjeneste (Frøkedal et al., 2017; Presteforeningen, 2021). Flere sykehusprester har doktorgrad (Stifoss-Hanssen, Danbolt, et al., 2019, s. 67). Dette bidrar til at sykehusprestene i økende grad kan vise til evidensbasert praksis (Fitchett et al., 2014; Swinton, 2008, s. 225).

2.7.4 Sykehusprester og det livssynsåpne samfunnet

Rundt 1950 var det omtrent 50 sykehusprester, mot i dag ca 110 (Stifoss-Hanssen, Danbolt, et al., 2019, s. 61). Mandatet deres i arbeidet som sykehusprest har endret seg i sammenheng med samfunnets kulturelle endringer og med den strukturelle endringen i Den norske kirke (NOU 2013: 1, 2013; Stifoss-Hanssen, Danbolt, et al., 2019).

Stålsettutvalgets utredning om det livssynsåpne samfunnet gjorde denne endringen tydelig (NOU 2013: 1, 2013). Utredningen kan ses i sammenheng med arbeidet med å skille kirke og

stat og gjøre ulike trossamfunn likestilte (NOU 2013: 1, 2013; Trossamfunnsloven, 2021). Fra 2017 ble Den norske kirke et selvstendig rettssubjekt utenfor staten, og med Trossamfunnsloven fra 2021 ble Den norske kirke og øvrige livssynsamfunn i Norge likestilt. I Grunnlovens tekst står det imidlertid at «verdigrunnlaget framleis skal være den kristne og humanistiske arven vår. Denne grunnlova skal tryggje demokratiet, rettsstaten og menneskerettane» (Grunnloven, 1814 § 2). I den nye loven står det i tillegg «at Den norske kirke forblir en landsdekkende og demokratisk evangelisk-luthersk folkekirke» (Trossamfunnsloven, 2021 § 10). På denne måten har Den norske kirke fremdeles en mer fremtredende posisjon enn de øvrige livssynsamfunnene. Dette kan, enn så lenge, gjenspeiles i antall ordinerte prester i sykehusprestetjenesten.

Med utredningen NOU 2013:1 har imidlertid sykehusprestens monopol blitt aktualisert. Man har ønsket å åpne for det multikulturelle samfunnet med den konsekvens at Den norske kirke som majoritetskirke og da også sykehusprestens hegemoni er endret. En konsekvens er at det nå også blir ansatt sykehusprester eller livssynsmedarbeidere som representerer andre livssynsamfunn og religioner enn Den norske kirke. Ansatte i sykehusprestetjenesten kan derfor ha ulike tros- og verdiforankringer (NOU 2013: 1, 2013). I tillegg til teologer finner man diakoner, kulturkonsulenter, kulturrådgivere, sykehushumanister og sykehusimamer i ulike stillingsbrøker. I sykehusprestestudien var det med en diakon og en livssynshumanist, se 3.2.3.

Det er fastslått at et multikulturelt samfunn gir behov for ulike livssynskompetanser i helsetjenesten (NOU 2013: 1, 2013). Begrunnelsen er at pasienter som kommer til norske sykehus, skal bli møtt av livssynsveiledere fra samme livssynsbakgrunn som en selv. Dette har medført behov for ytterligere kompetanse i sykehusprestetjenesten for å møte den multikulturelle konteksten på sykehusene. Blant annet har Universitet i Oslo (UiO) etablert et kurs for religiøse ledere for å ivareta dagens multikulturelle samfunn og livssynsmangfold (Grung & Bråten, 2019, s. 74-76). Dette prosjektet vil allikevel ikke bli ytterligere belyst, da det faller utenfor studiens problemstilling.

Den multikulturelle endringen har reist spørsmålet hva man skal kalle ansatte i sykehusprestetjenesten. I norsk sammenheng benyttes betegnelsen «sykehusprest», internasjonalt omtales sykehusprestetjenesten «chaplains» (Stifoss-Hanssen, Danbolt, et al., 2019). Begrepet «chaplaincy» brukes i engelskspråklige land om ansatte som yter religions- og livssynstjenester ved offentlige institusjoner. Betegnelsen er livssynsnøytral og brukes på tvers av de ulike livssyn (Grung & Bråten, 2019, s. 72).

I denne avhandlingen forstås en sykehusprest som en person som er ansatt i sykehuset, og som jobber med eksistensielle spørsmål og utfordringer, og utøver pastoral omsorg (McClure, 2012). Han eller hun har ansvaret for å forvalte religiøse ritualer og andre praksiser som etterspørres av pasienter, og som kommer inn under sykehusprestens kompetanseområde. Sykehusprester jobber subsidiært med pårørende og behandlere. Sykehusprester i Norge har store likheter i funksjon og kompetanse med «chaplains» internasjonalt (Stifoss-Hanssen, Danbolt, et al., 2019, s. 61; Thomsen et al., 2019).

2.7.5 Samtaler

Samtaler kan generelt forstås som praksiser som utøves i sosiale virkeligheter (Stifoss-Hanssen, Grung, et al., 2019). Da studien forholder seg til ulike faggrupper som har til felles at de har samtaler med pasienter, må det gis en felles forståelse av hva vi i denne studien forstår med samtaler. Studien har som tidligere nevnt et pasientsentrert perspektiv, se 2.3.5 og 2.3.2. I den forbindelse er det grunnleggende at samtaler mellom partene tar utgangspunkt i pasientens fortelling, noe som fremkommer i følgende sitat:

Storytelling is a deeply human capacity. *Narratives* are stories told to a listener. They represent a series of events and their associated meanings for the teller. Meaning is accomplished interactionally, between teller and listener. A listener enters into the world the narrator constructs and helps in the telling; thus, narratives are jointly accomplished, according to shared knowledge and interaction rules, and the discourse about projects and actions becomes a joint action by itself (Michel & Valach, 2011, s. 68).

Med dette utgangspunktet vil behandlerens samtaler betegnes som terapeutiske samtaler. De terapeutiske samtalene har som intensjon å gi rom for pasientens utfordringer og fortelling. Behandleren kan danne seg et bilde av pasientens helhetlige situasjon for videre avklaringer, utredning og aktuelle behandlingsmetoder. Sykehuspresten på sin side vil kunne bruke det tekniske ordet sjelesorgsamtaler. En sjelesorgsamtale vil bære preg av sykehusprestens rolle som følgesvenn og veileder, hvilket innebærer å gå sammen med, lytte, tie og tale (Engedal, 1994). Man er her to likestilte individer, i en *sam*-tale, men med ulike roller (Hjelmeland, 2022, s. 336). Samtidig vil sykehuspresten, som dialogpartner, ha en holdning forankret i kristent menneskesyn og omsorgstenkning (Engedal, 1994). Samtalens mål er å hjelpe den andre til å reflektere fortrolig om sitt eget liv (Engedal, 1994). Det er da ikke en diagnostisk samtale, men samtaler om eksistensielle anliggender. Ut fra dette vil vi definere en

sjelesorgssamtale som en hjelpende samtale i en kirkelig kontekst (Stålsett & Danbolt, 2018). Da definisjonen har som intensjon å være dekkende både for sykehusprestenes og behandlernes samtaler med pasientene, ønsker jeg å benytte en vid forståelse. Basert på denne begrunnelsen vil studien forstå sjelesorgsamtaler som en dialog mellom en pasient, en sykehusprest og/eller en autorisert person (Helsepersonelloven, 1999 § 3; Stifoss-Hanssen, Grung, et al., 2019), der pasienten har presentert et behov som samtalen er respons på (Danbolt et al., 2021). I forlengelsen av dette er det viktig å presisere at samtaler her ikke defineres som eksistensielle samtaler som sådan, men samtaler der eksistensielle temaer ivaretas mellom pasient og sykehusprest eller autorisert person (f.eks. lege, sykepleier, psykolog, sosionom med respektive spesialiseringer (Helsepersonelloven, 1999 § 3). Samtalene kan imidlertid, ut fra de ulike profesjonenes intensjon, bruke ulike tilnærminger og verktøy.

2.8 Forskningsoversikt

Det ble gjort systematiske litteratursøk i flere omganger. Første søk ble foretatt ved prosjektstart (høst 2015), slik at jeg kunne orientere meg i fagene og forskningsfeltet jeg skulle gå inn i. Videre ble det utført systematiske litteratursøk i forkant av de enkelte delstudiene, men også underveis i forskningsprosessen for å se om det var tilkommet relevante artikler. Det ble gjort et siste systematisk litteratursøk før innlevering av avhandlingen (høst 2022) for en oppdatering i tilfelle nye relevante studier. Flere av søkene ble gjort sammen med kompetent bibliotekar. Søkene ble gjort i ulike søkebasar, MEDLINE, PubMed, Psych-Info, SweMed+, EBSCO og Google Scholar. Nettsidene til norske myndigheter, som Regjeringen.no og helsedirektoratet, ble brukt, det samme ble nettsidene til NSSF (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging), Verdens helseorganisasjon (WHO) og Folkehelseinstituttet (FHI). Søkeordene som ble brukt, var innen områdene suicidologi, spesialisthelsetjenesten, pastoral omsorg og veiledning, mening og eksistensiell meningsdannelse. Søkene benyttet også medisinske- og helsefaglige termer (MeSH-termer) og nøkkelord relatert til den enkelte søkebasen. Engelskspråklige eller skandinaviskspråklige studier fra de siste tre tiårene ble inkludert. Det var kun fagfelleverderte artikler som ble inkludert. Utvelgelsesprosessen ble gjort som følger: 1) Først ble tittelen og nøkkelordene lest, 2) videre ble abstraktet lest, 3) hvis studiens hensikt, metode eller resultat korresponderte eller var like, ble artikkelen lest i sin helhet. Hvis det var tvil om relevansen, ble artikkelen lest eventuelt lagt til side for mulig bruk.

I det følgende presenteres de relevante hovedområdene for forskningsfeltet. Disse er selvmord og religiøsitet, selvmord og mening i livet, pasienter i selvmordsrisiko og eksistensielle temaer, sykehusprester og pasienter i selvmordsrisiko i spesialisthelsetjenesten. Pasienter i selvmordsrisiko i denne sammenheng er begrenset til pasienter som er inneliggende i spesialisthelsetjenesten.

2.8.1 Selvmord og religiøsitet

Durkheims sosiologiske studie om årsaker til selvmord kom ut i 1889. Studien var banebrytende i det å undersøke sammenhengen mellom religiøs tilhørighet og selvmordsforekomst (Durkheim, 1897/2012). Nye studier har utforsket selvmord og religiøsitet videre. Gjennom en systematisk litteraturstudie undersøkte Lawrence og medarbeidere (2016) hvilke spesifikke dimensjoner ved religiøsitet som var assosiert med bestemte aspekter ved selvmord. Det ble utført et systematisk søk i engelskspråklige artikler relatert til religion og selvmord gjennom de siste 10 årene, der 89 artikler ble inkludert. Disse fant at religiøs tilhørighet ikke beskyttet mot selvmordstanker, men beskyttet mot selvmordsforsøk. Samtidig var religiøs tilhørighet som beskyttelse mot selvmordsforsøk avhengig av kulturelle forhold, selv om ulikheter innen de ulike religionene ville være av betydning. Religiøs deltakelse («religious service attendance») viste seg ikke å være beskyttende spesifikt mot tanker om selvmord, men beskyttet mot selvmordsforsøk og muligens selvmord. Deltakelse var da justert for sosial støtte for å finne ut om religiøs deltakelse («religious service attendance») ga beskyttende fordeler mer enn religionen som sådan (Lawrence et al., 2016). Flere canadiske studier viste at religiøs deltakelse reduserer risiko for selvmord, og at det også har en forebyggende effekt (Rasic, Kisely, et al., 2011; Rasic, Robinson, et al., 2011). Den ene av disse er en longitudinell studie som bygger på en epidemiologisk studie, med 1091 respondenter i alderen fra 30 år og eldre. Studien pågikk i årene 1993–1996 og 2004–2005. Denne konkluderte med at religiøs deltakelse synes å være en selvstendig faktor som beskyttet mot selvmordsforsøk (Rasic, Robinson, et al., 2011). Den andre studien inkluderer data fra 1615 studenter i alderen 15–19. Her undersøkte man forholdet mellom betydning av religiøsitet, religiøs deltakelse ved risiko for depresjon, selvmordsadferd og rusbruk kontrollert for sosiokulturelle faktorer. Studien konkluderte med at mennesker som erfarer betydning av religiøs tilhørighet og at religion er viktig for dem har lavere selvmordstanker, mindre risiko for depresjon og lavere rusmisbruk, selv om man så ulikheter mellom kvinner og menn (Rasic, Kisely, et al., 2011). Den tredje var en canadisk surveystudie med helsedata fra kommunen, som undersøkte religiøs deltakelse med vekt på

den sosiale betydningen i denne sammenhengen. Funnene i studien viste at sosial støtte var viktig for å forstå forholdet mellom selvmord og religiøsitet (Rasic et al., 2009).

Hvor mye kulturen har vektlagt religiøsitet som en styrke, har vært ulikt i vestlige og østlige tradisjoner. Å se på betydningen av religion og «well-being» relatert til selvmord kan derfor være viktig (Wagani & Colucci, 2018). En studie inkluderte 160 religiøst aktive studenter fra Nord-India, med en lik fordeling mellom menn og kvinner i alderen 17–25 år. Majoriteten av deltakerne var hinduer og oppdratt i en religiøs tradisjon. Studiens hensikt var å se hvordan religiøsitet innvirket på «well-being». Funnene viste blant annet at religiøsitet ga en positiv opplevelse av håp og tro og en god selvfølelse gjennom sosialt samvær med andre, men også i situasjoner hvor livet var vanskelig, ga religiøsiteten dem en mening i livet (Wagani & Colucci, 2018). Disse aktivitetene har tidligere vist seg å være beskyttende mot selvmordsadferd (Colucci & Martin, 2008). Det var også studier som viste at religiøsitet kan ha negativ effekt ved å hensette hendelser i livet til høyere makter utenfor egen kontroll eller ved at hendelser sees på som straff (Hanevik, 2016; Wagani & Colucci, 2018). En reviewstudie fra 2018 viser epidemiologiske data både om selvmord og risikofaktorer og om selvmord og beskyttende faktorer. Det fremkommer at ulike religioner har både beskyttende faktorer og risikofaktorer knyttet til selvmord. Risikofaktorer og beskyttende faktorer er knyttet til blant annet religionens innhold og formaninger, personens deltakelse i og tilhørighet til en gitt religion / livssynssamfunn. Samtidig vises det til kliniske hjelpemiddel for å vurdere og forstå pasienters religiøsitet og selvmordsrisiko (Gearing & Alonzo, 2018). Lawrence og medarbeidere (2016) understreker på sin side at flere kvalitative studier vil gi ytterligere kunnskap om risikofaktorene knyttet til religion og selvmord. Samtidig fremkommer det at forholdet religiøsitet og selvmord er komplekst fordi religiøsitet kan gi mange ulike implikasjoner, samtidig som det fremdeles knytter seg ukjente årsaksfaktorer til selvmord (Lawrence et al., 2016).

Mange av studiene om religion og selvmord er foretatt i en amerikansk kontekst (Wagani & Colucci, 2018). Behovet for studier som kommer fra mer sekulære land, slik tilfellet er med Norge og de nordiske landene, er som følge nødvendig for å gi det religiøse en bredere forståelse (Hvidt et al., 2021; la Cour & Hvidt, 2010; Vattø et al., 2020). Forskere uttrykker derfor at det trengs studier fra ulike kulturelle forhold for å øke forståelsen av hva kulturen har å si for forståelse av selvmord (Hjelmeland, 2013, s. 3f., 7f.). Samtidig trengs studier fra sekulære kontekster for bedre å forstå sammenhengen mellom religiøsitet og selvmordsadferd,

og det er behov for studier som belyser ikke-religiøse former for religiøsitet og selvmordsadferd (Colucci & Martin, 2008; Wagani & Colucci, 2018).

2.8.2 Selvmord og mening i livet

Wagani og Colucci (2018) mener det er gjort for få studier på forholdet religion og velvære i forbindelse med selvmordsforebygging. Et bindeledd mellom religion, velvære og selvmord kan være mening i livet (Wagani & Colucci, 2018). Flere mener imidlertid at mening i livet er en utydelig konstruksjon, det er dermed uklart hva man forstår med mening i livet fra studie til studie, noe som gir behov for å sette mening i livet sammen med bredere forskningslitteratur (George & Park, 2016). Se også 2.2 hvor jeg viser til Leontievs områdeinndeling (Leontiev, 2013).

Kleinman & Beaver (2013) viser til studier som skiller mellom mening i livet og det å søke etter mening, og studier som viser at personer som har mening i livet fremdeles søker ytterligere mening eller differensierer mening (Kleinman & Beaver, 2013). En studie med 670 studenter viste at å leve et meningsfylt liv er beskyttende mot selvmord, hvor nærværet av faktorer som gir mening i livet, ga motstandsdyktighet («resilience») mot selvmord (Kleinman & Beaver, 2013). Studien viste at nærvær av mening i livet, ikke bare det å søke etter mening, ga mindre sjanse for selvmordsforsøk og også færre selvmordstanker. Det fremkom blant annet at mening i livet påvirket opplevelsen av tilhørighet og av å være til bry. Studien konkluderte med at mening i livet var en måte å redusere selvmordsrisiko på (Kleinman & Beaver, 2013). Likedan konkluderer en studie fra 2020 med 199 deltakere i psykiatrisk akuttavdeling at nærvær av mening i livet har en positiv støttende funksjon mot selvmordsadferd. Motsatt var søken etter mening i livet ikke relatert til selvmordsadferd og modererte ikke forholdet mellom nærvær av mening i livet og selvmordstanker. Videre viste studien at nærvær av mening i livet og søken etter mening i livet er to uavhengige konstruksjoner. Dette er den første studien som studerer selvmordsadferd i en klinisk psykiatrisk populasjon, der både mening i livet og søken etter mening i livet er til stede. Forfatterne mener derfor at funnene bør bekreftes i en ny studie i annen populasjon og over tid med et annet design (Costanza, Baertschi, et al., 2020, s. 6).

Innen meningsforskning er det studier som ser på depresjon og selvmord, meningsløshet og selvmord (Baumeister, 1990; Baumeister et al., 2013; Schnell et al., 2018), se 2.2, og meningens betydning for selvmord (Orbach, 2008; Orbach et al., 2003; Schnell et al., 2018). En spansk studie med 124 kvinnelige polikliniske pasienter med personlighetsforstyrrelse

(«borderline personality») viste at mening i livet kan være en buffer i forholdet mellom selvmordsrisiko og håpløshet. Mening i livet er slik en viktig variabel for å forebygge selvmordsrisiko blant kvinner med personlighetsforstyrrelser (Marco, Guillén, et al., 2016). En annen studie av Marco og medarbeidere (2016) viser at det er studier som kan kobles til mening i livet relatert til suicidalitet, men da med populasjoner utenfor sykehus. En studie med 224 deltakere (13-70 år) som gikk i poliklinisk behandling for ulike mentale lidelser og med høy selvmordsrisiko, fant at mening i livet kunne motvirke den ødeleggende faktoren av selvmordsrisiko knyttet til håpløshet i gjeldene populasjon. Videre ble det pekt på at mening i livet kunne være en viktig variabel for videre forskning knyttet til selvmordsforebygging og intervensjon (Marco, Perez, et al., 2016).

Vohs og medarbeidere (2019) spurte om utfordrende og uønskede livserfaringer kunne gi mening, uten at man neglisjerte de vanskelige erfaringene (Vohs & Catapano, 2019). De spurte om betydningen av å bruke den vanskelige erfaringen, ved hjelp av kontrafaktisk tenkning («counterfactual thinking»), for å se på denne som del av personens fortelling om seg selv og sine relasjoner i et meningsbyggende arbeid for å kunne evne å se fremover (Vohs & Catapano, 2019). Et annet område som søker å identifisere beskyttende faktorer for selvmord, er det som kalles Reasons for living, RFL (Bakhiyi et al., 2016). RFL viste til 6 punkter med totalt 48 temaer som er beskyttende mot flere aspekter ved selvmordsadferd. RFL både predikerte og beskyttet mot selvmordstanker og selvmordsforsøk (Bakhiyi et al., 2016).

Tre sentrale begreper det er vanlig å bruke i meningsforskning, er sammenheng («coherence»), hensikt («purpose») og betydning («significance») (Martela & Steger, 2016). Forfatterne mener imidlertid at disse trenger en kritisk gjennomgang og sees sammen, ikke separat slik det er gjort tidligere. Selvmord gir muligheter til å undersøke individets grunner for å leve. Konklusjonen er at begrepene sammenheng og hensikt er empirisk forankret, mens betydning bør styrkes med ytterligere forskning (Martela & Steger, 2016). Schnell tar opp forholdet mellom de tre begrepene sammenheng, hensikt og betydning, i tillegg har hun med tilhørighet («belonging») (Schnell, 2021). Tilhørighet plasserer mennesket i relasjon til noe ut over seg selv (Martela & Steger, 2016; Schnell, 2014, s. 178). Tilhørighet kan slik motvirke isolasjon og fremmedgjøring, og tilhørighet kan fylle livet med mening (Martela & Steger, 2016; Schnell, 2014).

Schnell har også vist hvordan det at livet har en retning eller hensikt bidrar til opplevelsen av om livet er meningsfylt eller ikke (Schnell, 2021). For mer om Schnells teori om mening i

livet, se 2.2. Georg og Park (2016) mener at mening i livet skal være adskilt fra meningsdannelsesprosesser som handler om personers prosesser for å forstå og justere hendelser i livet i samsvar med for eksempel egne verdier og livssyn. Mening i livet forstås som på hvilken måte livet erfares som meningsgivende, hvor det settes ulike betingelser for å oppleve mening, som kan være målrettethet og ha betydning (George & Park, 2016; Knizek et al., 2021).

I det nordiske religionspsykologimiljøet er det gjort studier som har sett på sammenhenger mellom åndelige og eksistensielle temaer og sykdom og behandling. En modell kalt Vita-modellen, ble etablert på Modum Bad klinikken som et prosjekt i 1999-2000 og videreført etter dette (Austad & Stålsett, 2007). Modellen tar i bruk pasienters troshistorie som del av behandlingen (Stålsett, Engedal, et al., 2010). Pasientgruppen har ofte tilbakevendende depresjoner, der religiøse og eksistensielle temaer er et viktig element i lidelsen (Austad & Stålsett, 2007; Stålsett, Austad, et al., 2010) og annen behandling ikke har lyktes («treatment-resistant depression»). Behandlingsmodellen er basert på prinsipper fra eksistensiell og narrativ psykologi, objektrelasjons- og affekt-teoretiske prinsipper (Stålsett, Engedal, et al., 2010).

En kvalitativ norsk doktorgradsavhandling søkte å utforske betydning av religiøsitet for pasienter med psykose, og hvordan ny kunnskap kan bidra inn i terapi for disse pasientene. Resultatet viste at religiøsitet kan være en ressurs og av betydning for pasientens meningsdannelse. Det er slik viktig å ta pasientens religiøsitet inn i terapisituasjonen for å mestre, også sine vrangforestillinger (Hanevik, 2016).

En kvalitativ svensk studie utforsket forholdet mellom følelsesregulering og eksistensiell meningsdannelse for ti kvinner med hemmet aggresjonsregulering. Studien viste at deltakernes eksistensielle meningsdannelse og følelsesregulering hadde en sammenheng (Lloyd et al., 2016). En annen kvalitativ svensk studie undersøkte sammenhengen mellom psykisk uhelse og eksistensiell meningsdannelse for å se om pasienters eksistensielle informasjon hadde betydning for helsen deres. Funnene viste at denne typen informasjon var viktig for å få kunnskap om risikofaktorer, fremmede faktorer og pasienters ressurser (Lilja et al., 2016). En norsk studie med 21 eldre mennesker med uheldelig kreft med ulik trobakgrunn viste at deres eksistensielle dimensjon virket inn på tilpasningen blant annet til sykdomssituasjon, dagliglivet og relasjoner. Å ha kunnskap om denne typen pasientinformasjon er av betydning for behandling- og planlegging av ressurser (Haug et al., 2015).

I en norsk doktorgradsstudie som benyttet både kvalitativ og kvantitativ metode, ønsket man blant annet å se på pasienters meningskapende prosesser i en eksistensiell samtalegruppe. Samtalegruppen var ledet av sykehusprester og intensjonen med gruppa var å reflektere over eksistensielle temaer. Funnene viste blant annet at deltakerne opplevde en slik type refleksjon som meningsfull. Gruppene var også av betydning for å styrke medlemmenes eksistensielle kompetanse (Frøkedal, 2020). Likedan viste en studie med 14 behandlere og 8 pasienter, som la til rette for ulike religiøse og åndelige aktiviteter, at denne aktiviteten var av betydning for meningsdannelsen hos deltakerne med rusutfordringer (Sørensen et al., 2015). Det kan også vises til en kvalitativ studie med fire deltakere, som hadde gjennomgått et 12 måneders rehabiliteringsprogram. Man undersøkte betydningen av selvtransendens for å forhindre tilbakefall hos pasienter som var behandlet for rusavhengighets lidelser. Studien viste at blant annet at selvtransenderende kilder til mening hadde betydning for pasienter med misbrukslidelser (Sørensen & Lien, 2022). En nyere studie viste at mening i livet var like viktig for personer med omfattende demens som for den øvrige befolkningen (Isene et al., 2021). Likedan fremkom det i en nyere norsk studie at eksistensiell omsorg er av betydning for eldre personer med ervervet døvblindhet (Prause et al., 2020). Mening i livet er et omfattende forskningsområde (George & Park, 2016), og flere studier kunne blitt presentert. Jeg har imidlertid begrenset presentasjonen til studier og noen debatter som har relevans for denne studien, samt ønsket å gi et innblikk i noen pågående studier i tilgrensende områder.

I tilknytning til mening i livet er det utviklet et omfattende instrument, SoMe – Sources of Meaning and Meaning in Life Questionnaire (Schnell, 2009). SoMe er et instrument som måler meningsfullhet, meningskrise og kilder til mening. Det er oversatt til norsk og validert for norske forhold (Sørensen et al., 2019). I den norske valideringsstudien kom det frem to underdimensjoner under selvaktualisering: «accomplishment» og «liberality» (Sørensen et al., 2019). I foreliggende studie vil jeg imidlertid dra mest veksler på den opprinnelige studien av kilder til mening (Schnell, 2009), da denne blant annet er benyttet i den tidligere nevnte studien om meningskrise relatert til selvmord (Schnell et al., 2018). Det er gjort en tilsvarende dansk valideringsstudie. Resultatene derfra viste at SoMe-Da er et valid instrument for å måle innhold og grad av mening i livet (Pedersen et al., 2018). SoMeCard er et annet hjelpemiddel som er kommet ut av forskningen på mening i livet. Dette er kort som benyttes i terapeutisk sammenheng for å hjelpe pasienter til å finne hva som er viktige kilder til mening i livet for dem (la Cour & Schnell, 2016).

Området selvmord og eksistensielle temaer er likevel lite utforsket. En norsk studie, som så på betydningen av hjelpetelefoner (Kirkens SOS) når det gjaldt selvmord, viste blant annet at feltet suicidologi kan få ytterligere kunnskap ved å utforske brukernes erfaringer (Vattø, 2020). I den sammenheng kan det være nyttig å se på prosjektet om kulturformuleringsintervjuet som vektlegger pasientens informasjon i behandlingssammenheng (ROP: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk helse, 2021), se 2.6. Samtidig etterspørres at det rettes mer oppmerksomhet mot eksistensiell tematikk relatert til selvmordsproblematikk både nasjonalt og internasjonalt (Colucci & Martin, 2008; Fitzpatrick & Kerridge, 2013; Hagen et al., 2018; Jacobsson, 2014; Knizek et al., 2021; Larsen, 2013; Vatne & Nåden, 2014).

2.8.3 Pasienter i selvmordsrisiko og eksistensielle temaer

Det skandinaviske forskningsmiljøet i religionspsykologi har forsket på betydning av den eksistensielle dimensjonen og eksistensiell meningsdannelse for mennesker i krise (DeMarinis, 2003; Haug et al., 2015; Lilja et al., 2016; Lloyd et al., 2015). Funnene viste at eksistensiell meningsdannelse styrker pasientens egne ressurser, samtidig som eksistensiell informasjon gir behandlerne viktig informasjon til bruk i behandlingen. En overvekt av biomedisinsk tilnærming i behandling i nordisk helsevesen bidrar imidlertid til at eksistensiell tematikk fortsatt har begrenset oppmerksomhet (Koslander et al., 2009). Det er da også blitt hevdet at selvmordsrisikovurderingen tar oppmerksomheten vekk fra god omsorg for disse pasientene (Hagen et al., 2018). Behandlerne har ofte et for snevert blikk på å identifisere og behandle pasienter med selvmordsutfordringer. Viktigheten av å vurdere mening i livet og meningsdannelse er blitt undervurdert i behandlingssammenheng og i helsefremmende arbeid (Knizek et al., 2021). Studier som utforsker eksistensielle temaer og selvmord, er lite utforsket (Jacobsson, 2014; Knizek et al., 2021; Larsen, 2013). En studie viste betydningen av at profesjonelle omsorgsgivere støttet pasienter i selvmordsrisiko slik at pasientene selv opplever at de mestret sitt eget liv (Sellin et al. 2016).

2.8.4 Sykehusprester og pasienter i selvmordsrisiko i spesialisthelsetjenesten

Sykehusprestens eksistensielle omsorg for pasienter i selvmordsrisiko er beskrevet i artikler om amerikanske krigsveteraner. Studiene ser på veteranenes ønske om åndelig støtte og sykehusprestens bidrag for å forhindre selvmord i denne gruppen (Kopacz et al., 2015; Kopacz, 2013). I litteratursøkene er det ikke funnet studier som har sett på hvordan sykehusprester kan hjelpe pasienter i selvmordsrisiko i norsk spesialisthelsetjeneste.

Imidlertid viser studier at menighetsprester kan ha en viktig funksjon for å avdekke selvmordsfare (Konieczna & Zöllner, 2017; Mason et al., 2016). Samtidig fremgår det at prestene jobber annerledes enn andre hjelpere i forbindelse med selvmordsfare og selvmord. De skal forholde seg til at selvmord ikke er akseptabelt, og samtidig formidle at Guds nåde gjelder for den enkelte. De kan bruke et annet språk og verktøy enn andre hjelpere i kraft av sin rolle i møte med dem som er rammet (Lindhardt, 2006). Vi finner imidlertid studier som omtaler sykehusprestens rolle, deres kompetanse, temaer i samtalene og det tverrfaglige samarbeidet (Cramer et al., 2013; Cunningham et al., 2017; Galek et al., 2007; Gubi & Smart, 2016; Swift, 2015b; Swinton, 2008; Timmins et al., 2017). Taushetsplikten er et anliggende i denne sammenheng, men jeg viser her til omtale av temaet i avsnitt 2.7.2 og 5.2.3.

Det skjer videre en endring i klinisk praksis der sykehusprestene jobber mer evidensbasert (Fitchett et al., 2014; Kaufman & Danbolt, 2020). Samtidig er rammene for arbeidet til sykehusprestene i endring, blant annet ved sykehusenes økonomiske innskrenkninger og samfunnets kulturelle endringer. Disse endringene skjer også i andre nordeuropeiske land (Danbolt, 2019, s. 1ff). De kulturelle endringer skjer også for menighetsprester i Norge, dette viste en studie med 408 deltakere (317 menighetsprester og 87 diakoner) som svarte på et spørreskjema via nettet. Studien drøfter blant annet hvordan endringen medvirker til at prester og diakoners eksistensielle omsorg bidrar til og kan ha betydning for personlige møter, men også av betydning i et folkehelseperspektiv (Danbolt et al., 2021).

3. Forskningsdesign, metode og forskningsprosessen

I det følgende kapitlet vil jeg presentere studiens forskningsdesign, metode og forskningsprosess. Kapitlet er inndelt på følgende måte: Først omtales studiens design, metode og vitenskapsfilosofisk plassering, før studiens forskningsprosess blir gjennomgått sammen med begrunnelser for de ulike valgene i prosessen.

3.1 Design og metode

Denne studien ønsket å beskrive og gi en utdypende forståelse av hvordan eksistensielle temaer ble ivaretatt i spesialisthelsetjenesten i samtaler med personer i selvmordsrisiko, med særlig fokus på sykehusprestere. Ut fra studiens oppdrag og fenomen valgte jeg et kvalitativt design (Creswell, 2013) med intervju som metode (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuene med behandlere (delstudie 1), pasienter i selvmordsrisiko (delstudie 2) og sykehusprester (delstudie 3) ville gi en beskrivelse av hvordan de tre ulike informantgruppene erfarte og reflekterte omkring studiens fenomen (Kvale & Brinkmann, 2015). Pasientenes beskrivelse av erfaringene sine var subjektive retrospektive minner (Malterud, 2017). Da deltakerne i delstudie 2, kunne ha traumatisk bakgrunn og erfaring, valgte jeg individualintervju for denne gruppen, se 3.3 (Kvale & Brinkmann, 2015). Kvalitativ forskning er for øvrig etterspurt innen suicidfeltet (Hjelmeland, 2022, s. 24). For de to øvrige deltakergruppene, delstudie 1 og delstudie 3, valgte vi fokusgruppeintervju, se 3.3 (Malterud, 2012a). Materialet ble analysert ved bruk av en tilpasset form av tverrgående tematiske analyse, se 3.4 (Malterud, 2017, s. 94ff).

3.1.1 Hermeneutisk forskningstradisjon og hermeneutisk situasjon

Materialet fra de tre gruppene ble fortolket i en hermeneutisk tradisjon (Gadamer, 2013). Den hermeneutiske tradisjon er en erkjennelsestradisjon som søker å tolke mening gjennom tekst, ikke predikere (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 73f; Malterud, 2017, s. 28). Selv om religionspsykologi ofte har vært knyttet til en kvantitativ forskningstradisjon, knytter man seg nå til andre forskningstradisjoner, som her til en hermeneutisk, fenomenologisk og konstruktivistisk tradisjon (Belzen & Hood, 2006). Materialet som er fremkommet gjennom intervjuene, delstudie 1- delstudie 3, og som ble transkribert, var den teksten som ble fortolket, og gir en forståelse av det fenomenet vi utforsket. I det videre viser jeg til de sentrale hermeneutiske prinsippene som ble brukt i forskningsprosessen, fortolkningen av det transkriberte materialet og til forskernes innvirkning på prosessen og resultatet for å vise hvordan vi kom frem til funnene og fikk kunnskap om fenomenet (Thornquist, 2018 kap 5).

I tolkningen av det transkriberte materialet ble forholdet mellom deler og helheten i teksten vektlagt (Gadamer, 2013, s. 300). Dette gjorde seg blant annet gjeldende i analysearbeidet der vi søkte foreløpige temaer ut fra helheten i materialet. Gjennom systematisering og kategorisering ble materialet dekontekstualisert via meningsbærende enheter. Disse ble så satt sammen til større tekstavsnitt, som så ble fortolket og ga forståelse av materialet som helhet, se 3.4 (Malterud, 2017 kap 11).

Ifølge Gadamer vil vi som forskere alltid være påvirket av historien «History of effect», som han kaller den hermeneutiske situasjon (Gadamer, 2013, s. 311). Dette medførte at jeg som forsker ikke kunne stille meg nøytral til fortolkningen av materialet, men måtte være bevisst på at jeg var en del av denne, og samtidig være bevisst på at materialet viste til en gitt situasjon og ikke kunne generaliseres, dette med bakgrunn i at intervjuformen formidler informantenes subjektive tanker retrospektivt i denne gitte konteksten. Det vil si at funnene ikke gir en generaliserbar sannhet om hvordan eksistensielle temaer blir utforsket, men funnene gir oss likevel en forståelse ut fra situasjonen slik den var da vi intervjuet deltakerne i studien (Gadamer, 2013).

Som en del av den hermeneutiske situasjonen vil forskerne påvirke forskningsprosessen gjennom erfaringene, verdiene og holdningene sine, teoretiske perspektiver og profesjonelle bakgrunn (Thornquist, 2018, s. 200f). Dette har jeg gjort rede for i innledning 1. og 5.3.3. Med denne bakgrunnen vil jeg som forsker i studien være motivert av egne erfaringer og nysgjerrigheten på mitt eget arbeidssted og sykehusprestens praksis. Dette vil innvirke på fortolkningen av materialet og gi ny forståelse (Malterud, 2017, s. 44f). Samtidig måtte jeg i forskningsprosessen være bevisst på at jeg i denne sammenhengen var forsker. Jeg måtte derfor sette rollen min som sykehusprest til side, slik at jeg kunne være så fordomsfri som mulig, for å gå inn i feltet med et åpent sinn for å unngå forutinntatthet («bias») (Dowling, 2007; Gadamer, 2013, s. 312-314). Allikevel, å unngå forforståelse er vanskelig, det er imidlertid vesentlig at man har et bevist forhold til sine forforståelser. Gjennom innledningen i kapittel 1, avsnittene 3.2–3.5 og 5.3 har jeg forsøkt å gjengi forskningsprosessen og komme med kritiske refleksjoner for å gjøre denne mest mulig transparent (Malterud, 2017, s. 36; Thornquist, 2018, s. 245).

3.1.2 Fenomenologisk pragmatisk forskningstradisjon

Analysemetoden i denne studien benytter en tilpasset form av systematisk tekstkondensering, STK, se 3.4 (Malterud, 2017 kap. 11). STK er en tematisk analyse utviklet av Malterud og

beregnet på medisinsk og helsefaglig forskning. Når STK relateres til fenomenologi, er det fordi Malterud er inspirert av Amedeo P. Giorgi (f. 1939) (Malterud, 2012b, s. 795f). Giorgi søkte en metode som kunne gi mulighet for å studere menneskets psykologiske prosesser i et helhetlig perspektiv uten at beskrivelsene ble fragmentert (Giorgi, 2012). Hans metode er igjen inspirert av Edmund Husserls (1859–1938) fenomenologiske filosofi (Giorgi, 2012). Husserl vektla subjektets indre bevisste erfaring, også kalt intensjonalitet (Thornquist, 2018, s. 109f). Relatert til denne studien vil erfaringen være informantenes subjektive erfaring slik denne fremkommer i intervjuene. STK plasseres vitenskapsteoretisk innenfor fenomenologien (Giorgi, 2012), og selv om båndene til Giorgi er tydelige hos Malterud, beskriver hun metoden som en pragmatisk metode (Malterud, 2012b, s. 796). Hun plasserer STK i det fortolkende vitenskapsparadigmet i en sosialkonstruktivistisk vitenskapstradisjon (Malterud, 2017, s. 115f).

Pragmatisme som filosofisk posisjon har utgangspunkt i amerikansk postmodernisme og kan forstås på ulike måter. Blant annet kan den forstås slik at språk og kunnskap er et redskap for å mestre en verden i endring, ikke for å presentere virkeligheten (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 74). I vår sammenheng betyr pragmatisme praktiske implikasjoner for forskningsintervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 74). Malterud sier selv at STK er en prosedyre mer enn en teoretisk forankret metode, men fenomenologi kan brukes som rammeverk for metoden (Malterud, 2012b, s. 795f). Den sosialkonstruktivistiske tilhørigheten begrunnes i vektlegging av denne studiens kontekst og deltakernes (subjektets) forståelse og erfaring som grunnlag for ny kunnskap (Malterud, 2012b; 2017, s. 116).

Oppsummerende: I denne studien gjør vi som Malterud og stiller oss i en pragmatisk posisjon der vi forsøker å forstå informantenes opplevelse av samtaler omkring eksistensielle temaer i spesialisthelsetjenesten. Nærmere bestemt søker vi å forstå gjennom informantenes subjektive beskrivelser slik disse kommer frem i intervjuene i de tre delstudiene med behandlere, pasienter og sykehusprester (Kvale & Brinkmann, 2015). Fortolkningen av materialet gjør vi med referanse til Gadammers hermeneutiske tilnærming (Gadamer, 2013) og ved hjelp Malteruds tverrgående tematisk analyse, STK (Malterud, 2017 kap. 11).

Forholdet mellom ontologi og epistemologi og mellom hermeneutikk og fenomenologi uttrykkes ved informantenes retrospektive subjektive minner fremkommet gjennom intervjuene, disse blir da utgangspunktet for å forstå erfaringen deres av et gitt fenomen, som er presisert gjennom studiens problemstilling (Malterud, 2016, s.122).

3.2 Utvalg

Vårt ønske var å følge samme behandlingsvei som pasientene i selvmordsrisiko fulgte etter at de kom til spesialisthelsetjenesten etter et selvmordsforsøk. Behandlingsveien for pasientene var ofte slik: først til sykehusets mottagelse, videre til intensivavdelingen, etter dette oppfølging på henholdsvis medisinsk eller kirurgisk avdeling, avhengig av eventuelle skader etter selvmordsforsøket. Etter opphold på somatisk sykehus kan man legges inn på DPS for stabilisering og oppfølging. En av informantene i delstudie 2, kom via legevakt (vedkommende ble ikke innlagt) og ble fulgt opp av akutt ambulant enhet i DPS. Det er også mulig at pasienter kommer direkte til akuttmottak i psykisk helsevern.

Utvalget bestod av tre hovedgrupper: 19 behandlere, 8 pasienter og 16 sykehusprester ansatt i sykehusprestetjenesten, alle på sine ulike måter del av norsk spesialisthelsetjeneste. Vi søkte et strategisk utvalg, da deltakerne skulle gi oss best mulig forståelse av og lære oss noe nytt om problemstillingen vi utforsket (Malterud, 2017, s. 58f). Funnene skulle være overførbare til andre tilsvarende sammenhenger enn der studien ble foretatt, se 5.3.1., og materialet skulle ha tilstrekkelig informasjonsstyrke, også kalt «information power» (Malterud, 2017, s. 63; Malterud et al., 2016). De tre delstudiene, delstudie 1, 2 og 3, mener vi representerer et rikt og variert utvalg som ivaretar de forannevnte kriteriene for utvalg i kvalitative studier.

3.2.1 Utvalg og inklusjonskriterier i delstudie 1

Utvalget i delstudie 1, behandlerne, utgjorde tre ulike fokusgrupper. Fokusgrupper ble valgt både fordi dette gir mulighet til å samle flere informanter på ett tidspunkt, og slik er mindre ressurskrevende (Malterud, 2012a, s. 22), og fordi fokusgrupper er velegnet i studier der deltakerne deler like faglige erfaringer som de skal reflektere over (Kitzinger, 2005). Da deltakerne i gruppen jobbet med pasientgruppe av samme slag og hadde erfaring fra samme felt, ville fokusgruppe skape muligheten for en bredere refleksjon rundt emnet enn om vi intervjuet en person om gangen (Malterud, 2012a, s. 18). Deltakerne drøftet og reflekterte over angitte temaer, samtidig som de ga uttrykk for at de lærte av hverandre. Alle deltagerne ble inkludert via sine ledere. Den første henvendelsen ble gjort til divisjonsdirektørene for sykehusets somatiske divisjon og for divisjon psykisk helsevern. Direktørene ga tillatelse til å benytte personalets tid til fokusgruppeintervju, og vi sendte da et brev til de respektive avdelingsledere og enhetsledere se vedlegg 3, 4 og 5.

For å få et bilde av pasientgruppens møte med spesialistsykehuset ønsket jeg å innhente behandlere fra den behandlingsveien pasientene vanligvis følger når de kommer til sykehuset

etter et selvmordsforsøk, jf. over. For alle tre fokusgruppene ønsket vi seks til åtte medlemmer (Malterud, 2012a, s. 39f.). Dette antallet fikk vi i fokusgruppe 1 og 2, mens i fokusgruppe 3 fra DPS-poliklinikk ønsket kun fire stykker å delta.

Fokusgruppe 1 utgjorde behandlere fra tre somatiske enheter. De jobbet i mottagelsen, på intensivavdeling og medisinsk døgnavdeling. De somatiske enhetene har erfaring med pasienter i selvmordsrisiko i forbindelse med medisinske skader etter selvmordsforsøket. Slik sett burde også kirurgiske avdelinger være representert, men sistnevnte avdelingsleder ønsket ikke at behandlere herfra skulle delta på gitt tidspunkt. Inklusjonskriteriene for behandlergruppen var at de hadde erfaring med pasienter i selvmordsrisiko, og at det var to fra hver avdeling, se vedlegg 3.

Fokusgruppe 2 utgjorde behandlere fra DPS åpen, akutt og elektiv døgnpost sammen med akutt ambulans enhet. Deltagerne ble rekruttert etter følgende inklusjonskriterier: De skulle ha erfaring med pasienter i selvmordsrisiko, og det var ønsket kjønnsbalanse mellom behandlerne, se vedlegg 4.

Fokusgruppe 3 kom fra DPS poliklinikk. Her etterspurte vi ansatte med ulike helsefaglige profesjoner (leger, psykologer, sykepleiere, sosionom) og med spesialistutdanning, alle skulle ha erfaring med studiens pasientgruppe, se vedlegg 5.

De ulike avdelingene i DPS hadde ulike oppgaver i behandlingen: Akuttavdelingen fulgte opp pasientene etter selvmordsforsøket og stabiliserte disse i en akutt fase. Den andre døgnposten hadde for det meste elektiv virksomhet, mens akutt ambulans enhet gjorde selvmordsrisikovurderinger av pasienter som kom til sykehuset etter selvmordsforsøk. Om nødvendig gjorde de også hjemmebesøk. Dette var ved mistanke om selvmordsfare. Psykiatrisk poliklinikk fulgte pasienten i lengre eller kortere perioder for samtale. Pasienter med selvmordsproblematikk henvises til poliklinikk for oppfølging etter selvmordsforsøk. De kan også allerede være pasienter i DPS-poliklinikk når selvmordet utføres.

Betegnelsen «behandlere» vil bli brukt i hele studien som en samlebetegnelse på alt helsepersonell – leger, sykepleiere, psykologer, psykiatere, sosionom og vernepleiere. Disse yrkesgruppene betegnes som autorisert helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999 § 3), se 2.7. Det ble ikke skilt etter om de hadde spesialistutdanning eller ikke, dette siden fokusgruppeintervjuer ikke er beregnet på å få frem individuelle synspunkter, men refleksjoner om et fokusert tema fra gruppen som helhet (Malterud, 2012a, s. 20). Se for øvrig tabell 1, s. 4, i artikkel 1 om fokusgruppens sammensetning.

3.2.2 Utvalg og inklusjonskriterier i delstudie 2

Flere av pasientene som ble inkludert i delstudie 2, hadde vært pasienter både på medisinske avdelinger og på ulike avdelinger i psykisk helsevern. Da de ble inkludert i delstudie 2, var de pasienter i psykisk helsevern. Deltakerne var alle rekruttert via behandlerne sine i psykisk helsevern, henholdsvis døgnavdelingene og poliklinikk. De som ble spurt, skulle ha utført minst ett selvmordsforsøk, være psykisk stabile og kunne reflektere over krisene som ledet til selvmordsforsøket, sin egen situasjon, det aktuelle selvmordsforsøket og perioden etter forsøket. Videre satte vi en grense for at intervjuet ikke skulle tas før tidligst 14 dager etter siste selvmordsforsøk, se vedlegg 8. Vi fikk ikke vite hvor mange som ble spurt, eller om noen av de spurte svarte at de ikke ønsket å delta. Men en person som hadde svart ja, ønsket å trekke seg fra studien rett før intervjuet skulle starte fordi vedkommende følte seg for syk til å delta. Vedkommende hadde da ennå ikke signert samtykkeskjema. Alle skrev under samtykkeskjemaet før intervjuet startet. (Ang. samtykkeskjema, se avsnitt om etiske betraktninger 3.5 og vedlegg 9).

Vi hadde ikke tilgang til journalinformasjon om deltakerne, heller ikke informasjon om hvilken diagnose de hadde, eller andre opplysninger fra behandler eller behandling. All informasjon studien fikk tilgang til om pasientens opplevelser og erfaring i tiden før, under og etter selvmordsforsøket, ble fortalt av deltagerne selv. Materialet viser at deltakerne i delstudie 2 varierte i kjønn, alder, bakgrunn, yrke, sosiale forhold, livssyn/tenkning, alvorlighetsgrad og begrunnelse for selvmordsforsøket/-ene, jf. artikkel 2.

3.2.3 Utvalg og inklusjonskriterier i delstudie 3

Utvalget i delstudie 3 utgjorde fire fokusgrupper med henholdsvis tre til fem deltakere. (For mer om begrunnelsen for valget av fokusgruppe, se 3.2.1 og 3.3. De jobbet alle i sykehusprestetjenesten ved fem ulike helseforetak i Norge fordelt på tre av landets fire helseregioner (Helse og omsorgsdepartementet, 2021, 26. mai), se 2.4. Vi ba om informanter i et helseforetak i den fjerde helseregionen, men disse ønsket ikke å delta på studiens tidspunkt. Det ble sendt forespørsel til flere helseforetak i de tre øvrige helseregionene, men disse takket nei til å delta.

Henvendelsen om å delta ble sendt gjennom ledelsen for sykehusprestetjenesten på det enkelte spesialistsykehuset. Lederen formidlet informasjon om studien sammen med samtykkeskjema til kollegene sine. Deltakerne svarte selv eller via lederen sin. Henvendelsen og inklusjonskriteriene var like for alle fokusgruppene i delstudie 3, se vedlegg 11. Deltakerne

skulle være del av sykehusets prestetjeneste og ha erfaring med pasienter som aktivt hadde forsøkt å ta sitt eget liv. Deltagerne arbeidet henholdsvis i psykisk helsevern og i somatiske sykehus. Flere av deltakerne betjente begge når de hadde vakt.

Av de 16 deltakerne var det en vigslet diakon og en sykehushumanist, se 5.3.1. De øvrige 14 var lutherske (sykehus)prester ordinert i Den norske kirke. I artiklene og sykehusprestestudien omtaler vi alle 16 som sykehusprester eller som ansatt i sykehusprestetjenesten. Flere av deltagerne oppga at de hadde terapeutisk kompetanse, veilederutdanning og pastoralklinisk videreutdanning, og en hadde ph.d.-grad. Vi kartla ikke deltakernes videreutdanninger systematisk. I etterkant kunne vi se at vi burde ha spurt mer spesifikt om hvilke videreutdanninger eller terapeutisk utdanninger de hadde. Sykehusprestene hadde jobbet i helsevesenet i alt fra 2 til ca. 30 år. Kjønnfordelingen for deltagerne var seks kvinner og ti menn.

3.3 Innsamling og bearbeiding av data

3.3.1 Fokusgrupper og individualintervju

Studien har benyttet både fokusgrupper (delstudie 1 og 3) og individualintervju (delstudie 2) som datainnsamlingsmetode. Til hver av delstudiene ble det utarbeidet en intervjuguide (se vedleggene 7, 10, 13). Intervjuguidene hadde åpne spørsmål som skulle gi fokusgruppediskusjonen og individualintervjuene retning og innhold (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 160ff; Malterud, 2012a, s. 71f).

Både delstudie 1 og delstudie 3 benyttet fokusgruppeintervju, da begge bestod av relativt konforme profesjonsgrupper som jobbet innen samme område og med samme pasientgruppe. Fokusgruppeintervju gjør det mulig å samle en gruppe mennesker fra noenlunde lik kontekst, se 3.2. På den måten kan man få flere innspill til det samme temaområdet, men det er gruppens totale budskap som skal frem (Malterud, 2012a). Det kan allikevel være sitater fra enkelte av grupped medlemmene som tjener som en syntese av temaet og dermed belyser problemstillingen. Disse kan trekkes frem som «gullsitater» i henhold til studiens analysemetode (Malterud, 2017, s. 108).

I delstudie 2 der deltakerne var pasienter som hadde forsøkt å ta livet sitt, hadde vi en forutelse om at det kunne være sterke personlige historier som ble presentert. Vi ønsket derfor ikke å gjøre fokusgruppeintervju med disse pasientene, men individualintervju, se 3.2.2 og 3.5. I individualintervjuet vil den enkelte informant få relativt åpne spørsmål og svare på disse fra sitt eget ståsted. Vi la vekt på å få til en dialog mellom informant og forsker for å

belyse problemstillingen best mulig (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 156f). Vi la også til rette for at den enkelte informant kunne få en samtale med egen behandler etter intervjuet hvis de mente at intervjuet kunne gi dem utfordrende tanker (Malterud, 2017, s. 213f), se 3.5. og vedlegg 8.

Til hver av studiene benyttet vi lydopptak. Hvert individualintervju og de enkelte fokusgruppeintervjuene varte i ca. 90 minutter. For noen av individualintervjuene i delstudie 2 var det behov for lengre tid fordi deltakerne hadde et stort behov for å prate om perioden rundt selvmordsforsøket og selve selvmordsforsøket. Flere av informantene i delstudie 2 hadde detaljerte beskrivelser av det som hadde skjedd i tilknytning til selvmordsforsøket. Det var beskrivelser som ikke nødvendigvis var relevante for studiens problemstilling, men vi valgte å ikke stoppe fortellingen, da vi hadde en informantsentrert intervjuform der vi nødvendig ville hindre informanten i å fortelle om noe som tydeligvis var viktig for informanten. Vi vurderte dette også som en mulighet for deltakerne til å prate om den vanskelige erfaringen.

Etter hvert intervju i de tre delstudiene, ble det skrevet feltnotater. Disse ble refleksjonsnotatene våre og en ressursbank for ideer som kom i etterkant av intervjuene (Malterud, 2017, s. 73). Det var to personer med på alle intervjuene, en erfaren forsker og undertegnede som stipendiat.

3.3.2 Transkribering

Lydopptakene ble transkribert. De to første delstudiene transkriberte jeg selv, mens fokusgruppeintervjuene i sykehusprestestudien ble transkribert av en sekretær og kontrollert av meg. Det transkriberte materialet for alle tre delstudiene ble på totalt 365 A-4 sider med 12 punkt skrift og 1,5 i linjeavstand. Det å gjøre det transkriberte materialet så presist og nøyaktig som mulig ble høyt prioritert (Kvale & Brinkmann, 2015 kap 10; Malterud, 2017, s. 77–81).

Transkriberingen la seg så nært opp til deltakernes uttrykksmåte som mulig. Samtidig, når vi benyttet sitater i artiklene, ble dette skrevet slik at dialektuttrykk eller andre formuleringer ikke skulle avsløre gjeldende informant. Dette handler om å ivareta de etiske aspektene ved transkriberingen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 213f).

I lydopptaket var det noen utfordringer knyttet til lydkvalitet og av og til utydelig tale fra informantene. Det var derfor viktig å bruke tid for å gi en mest mulig nøyaktig gjengivelse av det som ble sagt. Nøyaktighet handler om å være lojal mot det intervjupersonen uttrykker, samtidig som man ivaretar materialets reliabilitet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 210–214).

3.4 Analyse

3.4.1 Systematisk tekstkondensering

Det transkriberte materialet ble analysert gjennom en tilpasset systematisk tekstkondensering, STK (Malterud, 2017). Denne analytiske metoden er en pragmatisk metode for tverrgående tematisk analyse som er spesielt tilpasset for kvalitativ helseforskning, se 3.1 (Giorgi, 2009; Malterud, 2012b). STK ble også valgt for denne studien, da metoden er blitt brukt i annen helseforskning i Skandinavia og Norge med sammenlignbare design (Fredheim, 2014; Haug et al., 2015; Lilja et al., 2016; Sørensen et al., 2015; Vattø, 2020). Den er også benyttet i forskning innen området religionspsykologi og helse (Haug et al., 2015; Lilja et al., 2016; Sørensen et al., 2015; Vattø, 2020). Det er en metode som er systematisk, skaper intersubjektivitet og transparens i analyseprosessen, og metoden gir rom for drøftinger i forskergruppen for å komme frem til ulike nyanser i materialet (Malterud, 2012b; 2017, s. 36). Vi benyttet imidlertid en tilpasset form for STK da vi ikke benyttet kunstige sitat, se trinn 3 under. I følgende avsnitt skal jeg belyse hvert av de fire trinnene i analysemodellen.

3.4.1.1 Trinn 1 Overblikk over materialet

På dette analysetrinnet nærmet forskerne seg materialet med et åpent blikk, slik at deltakerstemmene i studien skulle komme frem (Malterud, 2017, s. 99). Materialet ble lest i sin helhet for å få et overblikk, men også slik at nyanser og mulige temaer i materialet ble identifisert (Malterud, 2017, s. 99ff). Etter å ha lyttet på opptaket flere ganger, ble jeg kjent med stemmene og kunne høre tydeligere nyanser. På dette trinnet gjorde jeg ingen systematisering eller kondensering.

3.4.1.2 Trinn 2 Identifisering av meningsbærende enheter

Trinn 2 i analysen har til hensikt å finne det i materialet som er relevant for studiens forskningsspørsmål (Malterud, 2017, s. 100). I dette arbeidet benyttet jeg først fargekoder for å se hvilke temaer som fremkom i materialet. Fargekodene ble til koder med meningsbærende enheter (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017, s. 101). Tilbake var nå det materialet som var relevant for forskningsspørsmålet. Det øvrige materialet ble foreløpig lagt til side. Materialet var slik blitt mindre og lettere å ha oversikt over. Malterud kaller dette å dekontekstualisere materialet (Malterud, 2017, s. 104). Dekontekstualiseringen er en møysommelig og interaktiv prosess – hvor man må holde seg til materialet som helhet og kodegruppene av de meningsbærende enhetene. Forskergruppen møttes for å drøfte kodene og innholdet i disse og for å se om dette var relevant for problemstillingen.

Under er det to eksempler fra meningsbærende enheter og kodene de ble satt under i trinn 2. Eksemplet fra delstudie 3 blir fulgt opp under trinn 4, syntese.

Eksempel fra delstudie 3: Denne meningsbærende enheten ble kodet under foreløpig kode «prestens dilemma» på trinn 2.

«Å ta livet sitt er en ekstremt ensom handling. Du vil ikke være alene om det likevel, du vil ha med presten sin velsignelse til dette.»

Eksempel fra delstudie 2: Denne meningsbærende enheten ble kodet under foreløpig kode «ambivalens, liv/død». Under trinn 4 fikk subgruppen overskriften «feelings of continued ambivalence and forming new meaning».

«[...] har vel det sier jeg, men altså ... det er ..., kan aldri være helt sikker, som jeg sier (forsker: hm). Men jeg synes jo det har gått greit og sånn nå, altså, men det er ikke helt fremmed heller på en måte.»

3.4.1.3 Trinn 3 Kondensering

På trinn 3 trekker vi ut meningen fra de meningsbærende enhetene fra trinn 2, såkalte kondensater. Det er viktig på dette trinnet at det kun er meningsinnholdet i de meningsbærende enhetene som kommer frem. Det er fremdeles deltakernes stemme som skal frem. Hver kodegruppe fra trinn 2 ble jobbet med. Det var vesentlig å hele tiden forholde seg til problemstillingen, være åpen og fordomsfri og at arbeidet kontinuerlig ble validert. Kodegruppene ble delt i undergrupper avhengig av meningsinnholdet i kondensatet. For å understreke innholdet i hver kodegruppe fant vi såkalte «gullsitater». Dette er innholdsmettede sitater fra informantene som beskriver kategoriens innhold fortettet (Malterud, 2017, s. 108). Det kondenserte tematiske meningsinnholdet ble sammenfattet og en til to gullsitater ble benyttet for hver kodegruppe (Malterud, 2017, s. 108).

3.4.1.4 Trinn 4 Syntese – sammenfatte

Syntetisering av kodegruppene til analytisk tekst gjøres ved at delene skal settes tilbake slik at resultatet reflekterer helheten i den originale teksten, vi rekontekstualiserer (Malterud, 2017, s. 110). Kodegrupper og tekstavsnitt settes sammen for å gi en ny beskrivelse. Hvert avsnitt skal gjenspeile det deltakerne sa i intervjuet, med spenninger og nyanser (Malterud, 2017, s. 108). For hver gruppe hentet vi gullsitater, jf. Trinn 3. Å etablere gyldige overskrifter var utfordrende, men spennende. Overskriftene skal informere leseren om hva kategorien

inneholder, og si noe om resultatet som fremkommer i kategoritekstene (Malterud, 2017, s. 110).

Denne meningsbærende enheten fra delstudie 2 trinn 2: «[...] *har vel det sier jeg, men altså det er kan aldri være helt sikker, som jeg sier (forsker: hm). Men jeg synes jo det har gått greit og sånn nå, altså, men det er ikke helt fremmed heller på en måte.*»

Dette fikk under trinn 4 overskriften «*feelings of continued ambivalence and forming new meaning*» hvor teksten ble sammenfattet med de øvrige meningsbærende enhetene under samme kode og lyder som følger:

The participants were either ambivalent about continuing to live or wished to live and rebuild a meaningful life. Feelings of ambivalence emerged when participants voiced uncertainty about the future and talked about whether they were contemplating another suicide attempt. (Artikkel 2)

Følgende meningsbærende enhet fra delstudie 3 trinn 2 «*Å ta livet sitt er en ekstremt ensom handling. Du vil ikke være alene om det likevel. Du vil ha med presten sin velsignelse*», er nå rekontekstualisert under trinn 4 med følgende tittel på kategorien: «*To explore suicide and death and at the same time represent life*». Teksten hvor den meningsbærende enheten er sammenfattet med de øvrige enhetene, lyder som følger:

Patients at risk of suicide could ask the chaplain for the blessing of the suicide action. Some participants meant that these wishes were an expression of the patient's loneliness in their suicide plans. Patients' experiences of loneliness were further stressed when the health carers had not asked the patient why they wanted to commit suicide. (Artikkel 3)

Fra å være et omfattende transkribert tekstmateriale er materialet blitt en analytisk tekst satt sammen i kategorier og underkategorier med tilhørende direkte gullsitater som belyser underkategoriene.

Analysematerialet var primært det transkriberte intervjumaterialet. Feltnotatene representerte det umiddelbare inntrykket jeg hadde etter intervjuene, se 3.3, men var også en måte å sjekke funnene med det opprinnelige inntrykket etter intervjuet, som ble ivaretatt i feltnotatene (Malterud, 2017, s. 73).

3.4.2 Teoridrevet eller datadrevet analyse

I analyseprosessen må man ta stilling til hvor sterk den teoretiske referansen skal være.

Malterud henviser til Miller og Crabtree (Malterud, 2017, s. 87), som sier noe om hvordan

den teoretisk referanserammen innvirker på analyseprosessen. Denne studien har hovedsakelig hatt en datastyrt (induktiv) analyse, «Editing analysis style» (Malterud, 2017, s. 87). Sammen med forskergruppen etablerte jeg oversiktlige meningsenheter og kategorier ut fra det materialet som var samlet inn ved hjelp av den firestegs analysemodellen, systematisk tekstkondensering, STK, 3.4. Forskergruppen forholdt seg til datamaterialet og det som fremkom, med en bevissthet om å ikke bli styrt av kategorier fra en teoretisk modell (Malterud, 2016).

På den annen side står ingen forsker i et teoretisk vakuum (Malterud, 2017, s. 45f), heller ikke i denne studien. Intervjuguidene ble etablert med utgangspunkt i en nysgjerrighet på et klinisk fenomen utformet i problemstillingen sammen med religionspsykologisk og praktiskeologisk teori, se 1.3. Men vi tilstrebet at kategoriene som fremkom i analyseprosessen, primært skulle være styrt av det materialet vi hadde samlet inn. I fortolkningen av materialet støttet vi oss på teoretiske forståelser fra de nevnte fag- og forskningsområdene religionspsykologi og praktisk teologi og i noen grad suicidologi og folkehelse, se 1.3. Sentralt stod teori og forskning om mening i livet, se 2.2. (Schnell, 2009; Schnell, 2021) og en biopsykososial-eksistensiell pasienttilnærming, der den eksistensielle dimensjonen var sentral, se 2.1 (DeMarinis, 2003, s. 45f). For delstudie 1 var eksistensiell psykologi med Yaloms fire grunnleggende livsvilkår et viktig teoretisk rammeverk, se 2.1.1 (Yalom, 1980). I delstudie 2 fikk den teoretiske fortolkningen støtte i Schnells arbeid med mening i livet, se 2.2 (Schnell, 2009; Schnell, 2021). Delstudie 3 hadde en fortolkningsramme knyttet til de to øvrige studiene, sammen med praktisk teologi, nærmere bestemt fagområdene chaplaincy og sjelesorg, se 1.3 (Browning, 1996; Miller-McLemore, 2019; Stifoss-Hanssen, Danbolt, et al., 2019).

3.5 Ethiske betraktninger

Forskningsprotokoll ble sendt til Regionale etiske komiteer (REK) for godkjenning, se vedlegg 1. Søknaden ble ikke behandlet av REK da prosjektet falt utenfor helseforskningslovens virksomhetsområde jf. helseforskningsloven § 1 og § 2 (Helseforskningsloven, 2008) og i stedet henvist til Norsk senter for forskningsdata (NSD). NSD har til hensikt å ivareta personvernet til informantene i forskningsprosjekter. Med personopplysninger forstås alt som kan spores tilbake til en gitt person, inklusiv stemmer på lydopptak (Personopplysningsloven, 2018 § 4). Personvernombudet fant at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften (Forskrift om behandling av personopplysninger, 2018). Personvernombudet tilrådte at prosjektet skulle gjennomføres. Studiens referansenummer er #46264, jf. vedlegg 2.

De angitte etiske retningslinjene ble fulgt i håndteringen av datamaterialet, vern for deltakerne, prosjektets etiske håndtering og forskningsprosess som sådan (Forskningsetikkloven, 2017; NESH De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2021; Personopplysningsloven, 2018).

Forskningsetikkloven § 4 om forskerens aktsomhetsplikt der det heter: «Forskere skal opptre med aktsomhet for å sikre at all forskning skjer i henhold til anerkjente forskningsetiske normer. Dette gjelder også under forberedelser til forskning, rapportering av forskning og andre forskningsrelaterte aktiviteter» (Forskningsetikkloven, 2017 § 4), ble fulgt. Gjennom innsamlingen, registrering, bearbeiding, analyse og publisering var jeg bevisst på å bevare deltakeres personvern og autonomi (NSD). Jeg benyttet samtykkeskjema hentet fra NSD, se vedlegg, 6, 9 og 12. Samtykke fra alle deltakerne ble innhentet før intervjuene startet, men etter at de hadde fått informasjon om prosjektet, at de hadde rettigheter og betingelser, at deres informasjon skulle bli behandlet anonymt, og at de var med frivillig i henhold til forskningsetiske prinsipper (Magelsen et al., 2020 kap. 19; NESH De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2021). Ingen av informantene trakk seg fra studien. Materialet ble oppbevart på sikker forskningsserver atskilt fra personopplysninger, og Datatilsynets regler for behandling av personopplysninger ble fulgt i hele forskningsprosessen.

For gjeldende studier fikk alle deltakerne informasjon om hvordan bidraget deres i studien skulle behandles, og at de kunne trekke seg når de selv ønsket, men da før materialet var publisert. Deltakerne i delstudie 2 var samtykkekompetente (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Samtykkeskjemaet med informasjon ble tilsendt deltakerne i delstudie 1 og 3 i noe tid før intervjuet ble foretatt, slik at de hadde anledning til å se hva de var med på. Når det gjaldt delstudie 2, var det deltakerens behandler som ga informasjonen første gang. Ut fra dette bekreftet pasientene om de ønsket å delta i studien eller ikke. De skrev så under samtykkeskjemaet i møte med forskerne, men før intervjustart og etter at forskerne orienterte om studien.

Helsinkideklarasjonen tar for seg forskning der mennesker er studiens objekt (Forskningsetikk.no, 2014). Som tidligere nevnt ble ikke gjeldende studie vurdert å falle under helseforskningsloven, se over. Ut fra denne avgjørelsen vil ikke studien falle inn under Helsinkideklarasjonens virksomhetsområde (Forskningsetikk.no, 2014). På den annen side mener vi prinsipielt at det for gjeldende studie, som søkte å utforske en sårbar gruppe i møte med store institusjoner, var vesentlig at deklarasjonens etiske implikasjoner ble ivaretatt (Forskningsetikk.no, 2014, sårbare grupper). Studiens kvalitative design medfører at man får

tilgang til deltakernes subjektive opplevelser og erfaringer, og at man i intervjusituasjonen kan hensette deltakerne til negative og utfordrende opplevelser. Studien måtte slik vise varsomhet og ta forholdsregler. Det er avgjørende at forskere greier å etablere en trygg og tillitsfull atmosfære under intervjuene for at deltagere skal gi relevant informasjon i henhold til forskningsspørsmålet. Forskere skal bruke situasjonen slik at deltakerne ikke opplever seg utnyttet, eller at maktbalansen forrykkes eller misbrukes. Slik sett vil det være av betydning at forskere informerer om sin rolle i intervjuet for å tydeliggjøre dette overfor deltakerne, noe vi gjorde ved hvert intervju. Deltakerne i delstudie 2 hadde gjennomført fra ett til flere mislykkede selvmordsforsøk. Flere av dem hadde traumatiske erfaringer tilknyttet hendelsen. Inklusjonskriteriene, se 3.2, samt sikringstiltak ved risikosignal, se 3.3, og forskernes kompetanse mener vi bidro til at deltakernes situasjon var trygget. For hver deltaker var det gitt et mobilnummer de kunne ringe etter intervjuet hvis de ønsket dette. I tillegg hadde vi en avtale om at pasientens behandler ble kontaktet hvis forskerne opplevde deltakeren ustabil, se vedlegg 8. Det siste ble nødvendig for en av deltakerne i delstudie 2. At forskerne kontaktet deltakerens behandler, ble avklart med deltaker før behandler ble kontaktet.

Utfordringene i delstudie 1 og delstudie 3, var at man forsket på kolleger, selv om dette i delstudie 3 var kolleger i andre institusjoner enn mitt eget arbeidssted. Jeg stilte meg spørsmålet om jeg greide å være distansert nok, og hvordan jeg ville forholde meg hvis det fremkom informasjon som stilte mine kolleger i et mindre positivt lys. Dette ble ikke påtrengende i denne studien, men jeg hadde et bevisst forhold til dette anliggendet under forskningsprosessen for å være tilstrekkelig distansert til materialet (Malterud, 2017, s. 211ff). Helsinkideklarasjonen gir ikke samme vern for personale som for pasienter i forskningssammenheng (Forskningsetikk.no, 2014). Dette gir likevel ikke frislipp på etisk skjønn og varsomhet, men tilsier at man fortsatt utøver ansvarlig forskningsetikk (Malterud, 2017 kap 22).

Studien gir et bidrag til ny kunnskap på feltet på flere områder, både knyttet til eksistensiell tematikk sammen med pasienter i selvmordsrisiko, den viser også sykehusprestere rolle og behandleres utfordringer (Malterud, 2017, s. 217)

4. Resultater

Gjennom tre delstudier har dette prosjektet utforsket hvordan eksistensielle temaer ivaretas i samtaler med personer i selvmordsrisiko i spesialisthelsetjenesten, med særlig fokus på sykehusprestere. Dette avsnittet viser de tre delstudiene gjennom delstudienes enkelte artikkel med tittel, hensikt, metode, resultat og konklusjon, til slutt vises studiens samlede kunnskapsdannelse.

4.1 Artikkel 1

4.1.1 Artikkelen tittel

«Existential themes in the treatment of people at suicide risk. Understandings and practices of specialist healthcare professionals».

4.1.2 Hensikt med studien

Denne delstudien hensikt var: «To investigate what HCPs in the relevant departments of the specialised healthcare services understand as existential themes, and how these themes are addressed in their therapeutic encounters with patients who have attempted suicide» (Artikkel 1).

4.1.3. Metode

Vi benyttet et kvalitativt utforskende design der helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten (medisinske avdelinger og distriktpspsykiatriske enheter (DPS)) ble intervjuet i tre ulike fokusgrupper. Intervjuene ble transkribert, og det transkriberte materialet ble analysert med tverrgående tematisk tekstanalyse, STK, (Giorgi, 2012; Malterud, 2017). Jeg har skrevet mer utførlig om design, inklusjonskriterier, utvalg og analyse i kapitlene 3.1–3.4. De øvrige to delstudiene benyttet også STK som analysemetode. Jeg gjentar derfor ikke dette i presentasjonen av artikkel 2 og 3 under.

4.1.4 Resultat

Helseprofesjonene vektla å utføre oppgavene som var prioritert på de respektive avdelingene deres. Håp, håpløshet, ensomhet, mening, liv, død, skam, religion og selvmord ble presentert som eksistensielle temaer. Å snakke sammen om eksistensielle temaer i samtaler ble beskrevet som viktig, men krevende i praksis. Profesjonenes forståelse og hvordan de jobbet med disse temaene, var basert på fagspesifikke retningslinjer og kliniske erfaringer. Dette syntes å forverre behandleres trykk når det gjaldt deres personlige involvering. Ut fra dette

stilte vi spørsmålet om pasientens behov ble tatt hånd om, eller om deres eksistensielle behov ikke ble ivaretatt. Funnene ble diskutert i lys av Yaloms grunnleggende livsvilkår («ultimate concerns»): mening / meningsløshet, eksistensiell isolasjon, frihet og død (Yalom, 1980).

4.1.5 Konklusjon

Studien stiller spørsmålet om helseprofesjoners kompetanse om eksistensiell tematikk og pasienter i selvmordsrisiko bør styrkes slik at helsepersonell bedre kan ivareta pasientens behov knyttet til eksistensiell tematikk eventuelt henviser til spesialistkompetanse på området. Studien reiser videre spørsmålet om helseprofesjoner med fordel kan bli utfordret på egen forståelse og tenkning når det gjelder eksistensiell tematikk, og på egen forståelse av den eksistensielle smerten til pasienter i selvmordsrisiko.

4.2 Artikkel 2

4.2.1 Artikkelen tittel

«Patients at Risk of Suicide and Their Meaning-in-Life Experiences».

4.2.2 Hensikt

Delstudien hadde som hensikt: «To explore how patients at risk of suicide perceived their encounters with specialist healthcare professionals after a suicide attempt, with special reference to meaning in life experiences» (Artikkel 2).

4.2.3 Metode

Datamaterialet var individualintervjuer med åtte pasienter – fire menn og fire kvinner – i alderen 20–75 år, som hadde gjort minimum ett selvmordsforsøk. De var alle pasienter i DPS da intervjuet ble foretatt. Studien benyttet et brukersentrert perspektiv for å utforske og forstå deltakernes erfaringer i tilknytning til selvmordsforsøket.

4.2.4 Resultat

Deltakerne opplevde at følelser av skam, selvforakt og utfordrende livserfaringer var viktige årsaker til selvmordsforsøket. Deltakerne formidlet at temaer som finansielle vansker, skam og traumer ble tatt opp i samtalene med behandlerne, mens temaer knyttet til selvmordsforsøket, tro, liv/død og tap ble mindre omtalt. Deltakerne hadde ulike tanker om fremtiden. Noen ønsket å finne ny mening i livet, mens andre var usikre på om de kom til å gjøre nye selvmordsforsøk. Funnene ble diskutert i lys av Schnell sin teori om «mening i livet» (Schnell, 2021).

4.2.5 Konklusjon

Overordnet fant vi at deltakernes erfaringer som ledet frem til selvmordsforsøket var sammensatt. Deres opplevelse av meningsfullhet basert på erfaringer av sammenheng, betydning, retning og tilhørighet var svekket. Deltakerne opplevde at noen av disse eksistensielle erfaringene ble mindre omtalt i samtalene med behandlerne. Basert på pasientenes fortellinger etter selvmordsforsøket ser vi at det er behov for flere personsentrerte tilnærminger for å fange kompleksiteten i det pasienter i selvmordsrisiko erfarer, både fra et medisinsk, psykologisk og eksistensielt perspektiv. Mening i livet har hatt relativt liten oppmerksomhet i suicidologi, denne studien er derfor et bidrag til en slik tilnærming i møte med pasienter i selvmordsrisiko i spesialisthelsetjenesten.

4.3 Artikkel 3

4.3.1 Artikkelen tittel

«Hospital Chaplains as Interlocutors on Existential Themes with Patients at Risk of Suicide: A Norwegian Qualitative study»

4.3.2 Hensikt

Delstudie 3 hadde som hensikt å se på: «How do Norwegian healthcare chaplains report their exploration of existential themes in conversation with patients at risk of suicide, and how do they incorporate their skills and competences in doing so?» (Artikkel 3).

4.3.3 Metode

Delstudien hadde et kvalitativt eksplorativt design. Materialet var fra fire fokusgruppeintervjuer med sykehusprester fra tre av fire ulike helseregioner i Norge. Fokusgrupper ble benyttet, da dette er en relevant metode for å utforske forståelse og erfaringer i en relativt ensartet gruppe.

4.3.4 Resultat

Vi fant at sykehusprestene vektla å være støttende og å være et vitne til pasientens fortelling. De utforsket eksistensielle temaer knyttet til liv og død, ambivalens, skyld og skam, relasjonelle forhold og ensomhet samt tro og håp sammen med pasienten. Rollen deres kom spesielt til syne når de samtalte med pasientene om liv, død og om hva som skjedde hvis pasientene tok livet sitt. Taushetsplikten ble utfordret når pasientene delte selvmordstankene og planene sine med dem. Sykehusprestene brukte religiøse ritualer som verktøy i samtalene, der de hadde en pasientsentrert tilnærming og ønsket å være et vitne til pasientens fortelling. I

samtaler med pasienter i selvmordsrisiko forstod de sin rolle som å være en representant for livet. Den teologiske kompetansen, pastoralkliniske utdanningen og erfaringen deres ble fremhevet som viktig i samtaler med pasientene. I de tverrfaglige samtalene kunne de oppleve en type sjenanse.

4.3.5 Konklusjon

Sykehusprestene rapporterte at de hadde kompetanse til å samtale om eksistensielle temaer. Bruk av kristne ritualer og å lytte til pasientens fortelling var viktige verktøy i samtalene med pasientene i selvmordsrisiko for å hjelpe pasientene til å dele smerten, erfaringene og tankene pasientene hadde vanskelig for å uttrykke. De opplevde også at rollen deres var av betydning for pasienter i selvmordsrisiko, og at de kunne bidra med viktig kompetanse i et tverrfaglig samarbeid i møte med disse pasientene. Samtidig må sykehusprestene gi tydeligere uttrykk for hva eksistensielle behov spesifikt innebærer i forbindelse med denne pasientgruppen, og hva de kan bidra med i det tverrfaglige samarbeidet i møte med pasienter i selvmordsrisiko.

4.4. Overordnet analyse av studiens funn

Samlet var studiens hovedmål å beskrive og gi en utdypende forståelse av hvordan eksistensielle temaer ivaretas i samtaler med personer med selvmordsrisiko i spesialisthelsetjenesten – med særlig fokus på sykehusprestens rolle. I en overordnet analyse av resultatene i de tre delstudiene, se over, fremkommer særlig følgende temaer: a) tilnærming og praksis i møte med pasienter i selvmordsrisiko, b) forståelse av eksistensielle temaer og c) sykehusprestens rolle. Med en overordnet analyse er det ment at funnene i de tre delstudiene ble sammenholdt og analysert ved hjelp av en modifisert bruk av STK (Malterud, 2017). Under vil jeg gi en nærmere beskrivelse av funnene for hvert tema.

4.4.1 Tilnærming og praksis i møte med pasientene i selvmordsrisiko

4.4.1.2 Tilnærming

Behandlere og sykehusprester synliggjorde at de har en metodisk tilnærming i samtalene med pasientene. De brukte teknikker som refleksjon, åpne spørsmål, indirekte spørsmål og å utforske utsagn sammen med pasienten. De uttrykte at grunnlaget for en god samtale var å etablere en god relasjon, eventuelt en terapeutisk relasjon, bygd på tillit og forståelse mellom dialogpartene. Samtidig beskrev sykehusprestene tydeligere enn behandlerne hvordan de konkret jobbet med og i relasjonen. De brukte uttrykk som «samtaler som verktøy» og «åpen dialog».

Sykehusprestene viste at de hadde en verktøykasse bestående av ritualer, bønn og aktuelle tekster som dikt, ord fra Bibelen eller andre religiøse tekster som kunne benyttes i samtalene. Behandlerne pekte på sin side på samtalen som en prosess, men henviste ikke til konkrete hjelpemidler eller praksiser. Felles for både behandlere og sykehusprester var at de ønsket å være håpsbærere for pasientene. Sykehusprestene ønsket i tillegg å representere livet i møte med dem som var i selvmordsrisiko. Behandlerne syntes å være mer resultat- og løsningsorientert, mens sykehusprestene var mer prosessorienterte og la vekt på å være til stede som tilhørere til den konkrete fortellingen og jobbe ut fra pasientens perspektiv.

Begge faggruppene uttrykte at samtaler med denne pasientgruppen kan være krevende. Behandlerne opplevde samtaler krevende på grunn av pasientens håpløshet og lidelse. Sykehusprestene erfarte at pasientens totale livssituasjon kunne være mer utfordrende å snakke om enn selvmordstankene som sådan. Det var sykehusprestene som tydeligst uttrykte refleksjoner rundt utfordringene og en eventuell ivaretagelse av seg selv relatert til dette.

Sykehusprestenes teoretiske tilnærming hadde støtte i den teologiske bakgrunnen deres og i en pastoralklinisk tilnærming. De uttrykte ikke eksplisitt hvilke perspektiver de hadde angående selvmordsforståelsen, men ut fra metode og tilnærming jobbet de ut fra et pasientsentrert perspektiv. Behandlerne ga heller ikke eksplisitt uttrykk for den teoretiske tilnærmingen sin. Vi finner heller ikke at de reflekterte over ulike suicidologiske tilnærminger. Basert på fokusgruppeintervjuet syntes de å ha både en psykologisk og en medisinsk tilnærming til temaet selvmord.

4.4.1.1 Praksis

Basert på resultatene i de tre artiklene fant vi at behandlere og sykehusprester hadde ulik praksis i samtaler med pasienter som kom inn på sykehuset etter et selvmordsforsøk. Vi så at behandlernes praksis var kontekstspesifikk. Avdelingens hovedoppgaver var styrende for hvordan personalet prioriterte i møte med pasientgruppen. Sykehuspresten justerte praksisen sin etter pasientens narrativ og de behovene pasientene signaliserte. Både sykehusprester og behandlere ønsket å møte pasientene ut fra en holdning om at pasientene er grunnleggende verdifulle, og at de er unike.

Pasientenes erfaringer i møte med spesialisthelsetjenesten var ulike og sammensatte. De erfarte ulike holdninger hos personalet, både positive og negative. Pasientene uttrykte at sykehuspresten hadde en åpen agenda, mens behandlerne raskere satte på blålys når det var snakk om selvmord, altså at de agerte ut fra pasientens uttrykte selvmordstanker med en

intensjon om å redusere selvmordsrisikoen. Pasientene var opptatt av å få fram sin egen historie, men var samtidig vare for hvilke holdninger de erfarte i møtene med behandlere/sykehusprester.

Videre fremkom det at behandlerne var bundet av rammer som la føringer for den kliniske praksisen deres. Sykehusprestene disponerte på sin side virksomheten sin ut fra egen faglig vurdering og det de forstod som pasientens behov.

4.4.2 Forståelse av eksistensielle temaer

Det var hovedsakelig enighet i behandlergruppen om at det var nødvendig å samtale om eksistensiell tematikk, samtidig opplevde de dette arbeidet som krevende. Det var utydelig for oss hvordan dette ble vektlagt og implementert i behandlingen som sådan. Kunnskapen deres om eksistensiell tematikk syntes å bygge på klinisk erfaring. Den teoretiske forankringen var mindre tydelig. Som eksempel så vi i artikkel 1 at vi kunne bruke Yaloms fire grunnleggende livsvilkår for å systematisere behandleres forståelse av eksistensiell tematikk.

De temaene som ble trukket frem i fokusgruppeintervjuene, var erfaringsbaserte temaer som *håp* og *ensomhet*. Behandlerne opplevde betydningen av å gi pasientene håp. Ensomhet ble trukket frem av sykehusprestene som et tema de erfarte at pasientene forsøkte å fortelle om. Denne ensomheten kom til syne som en side ved pasientenes ulike erfaringer, som med tap av arbeid og ikke minst tap av kontakt med nære relasjoner av ulike årsaker. Pasientenes ensomhet ble også aktualisert fordi den selvmordsutsatte sjelden delte selvmordstankene sine med sine nærmeste, behandlere eller sykehusprest. Gjennom dette ble pasientens alenehet svært tydelig, mens den eksistensielle ensomheten hos pasientene ble mindre artikulert.

Døden som en eksistensiell dimensjon var i sykehusprestegruppen et tema som det var vanlig å reflektere over. Døden ble også relatert til selvmordet, både hva som skjer etter at man er død, men også ved spørsmål knyttet til selvmordsforsøket.

Et *selvmordsforsøk* eller *et selvmord* ble av behandlerne tolket som en eksistensiell frykt, et rop om hjelp eller rop om omsorg. Selvmordstanker kunne være en måte å finne ro på for å leve, eller de kunne være knyttet til en ambivalens eller til et ønske om å endre på livssituasjonen. Behandlerne ønsket at pasientene skulle dele erfaringene sine forbundet med selvmord, liv og død. Noen stilte også direkte spørsmål om hvorfor de hadde ønsket å dø. Pasientene i delstudie 2 på sin side sa at de ikke hadde erfaring med å få dette spørsmålet fra sin behandler. Sykehusprestene nærmet seg selvmordstematikken gjennom pasientens ulike direkte eller indirekte spørsmål om død, begravelse eller støtte for å ta selvmord. Utfordringen kunne være å kjenne på egen forståelse for at pasienten ønsket å avslutte livet sitt. Pasientens

livssituasjon kunne være mer krevende å samtale om enn selvmordstankene. Samtidig var innretningen på sykehusprestenes samtaler med pasientene om selvmord livsorienterende. *Skam, skyld og selvbilde* var temaer som stod sentralt både for sykehusprestene og behandlerne. Dette var relevant tematikk ut fra pasientenes historie som ble presentert i artikkel 2. Skam ble også knyttet til gjentatte mislykkede selvmordsforsøk.

Sorg og tap var sentrale temaer for sykehusprestene, mens tap av arbeid og økonomi var relevant for behandlerne. *Tro og religion* ble fremstilt som en utfordring av behandlere, mens sykehusprestene fremstilte det som en ressurs, men samtidig som de ga tydelig uttrykk for at det kunne være en utfordring. Ødelagte relasjoner var et sentralt tema for noen av behandlerne.

Noen av pasientene opplevde at temaer som gjaldt selvmordsforsøket(ene), tro, tap og sorg, ikke ble tematisert av behandlerne, selv om pasientene kunne ønsket samtaler om dette. Andre pasienter opplevde at de fikk snakket om det de opplevde som nødvendig og viktig for seg. Sentrale aspekter ved meningserfaring som sammenheng og retning i livet (jf Schnell, 2020) ble lite tematisert av behandlerne i samtaler med pasientene.

4.4.3 Sykehusprestens rolle

I delstudie 1, der behandlerne ble intervjuet, fikk vi ingen informasjon om sykehusprester, hverken om et mulig samarbeid med dem eller at de kunne tilkalles. I delstudie 2, hørte vi av tre av deltakerne at de hadde god erfaring med sykehuspresten i avdelingen – de var blant annet samtalepartnere uten å ha en gitt agenda. Sykehusprestene selv opplevde at med rollen deres fulgte det forventninger. Disse forventningene kunne være knyttet til spesifikke tjenester presten har i det norske samfunnet, for eksempel begravelser. I forlengelsen av dette var død et sentralt tema, det var derfor knyttet forventninger til at presten skulle snakke om døden. De erfarte at pasientene tenkte på Gud når de møtte sykehuspresten. De opplevde også at sykehuspresterollen la grunnlaget for en åpenhet og ga tilgang til andre rom, men presiserte ikke disse rommene ytterligere. Sykehusprestene ble dermed en rolle som symbol på kirken og dens tradisjoner, verdier og uttrykk for tro, i samtalene med pasientene (se artikkel 3). Pasientene viste dem ofte umiddelbar tillit, og at sykehusprestene fremstod autentiske, ble grunnleggende for dem i møte med den tilliten de ble vist. Sykehusprestens taushetsplikt mente sykehusprestene kunne være grunnlaget for denne tilliten, men det var ulike syn på hvordan taushetsplikten skulle forvaltes. Selv hadde de et bilde av seg selv som åpne, lyttende og respektfulle, som å ha stor tåleevne og å evne til å stå i pasientens smerte uten å måtte løse

problemene så raskt som mulig. Samtidig uttrykte de en sjenanse, og de opplevde at de hadde en viss grad av annerledeshet i møte med sykehusets ulike faggrupper.

5. Diskusjon

Denne studien hadde til hensikt å utforske hvordan eksistensielle temaer blir ivaretatt i samtaler med personer i selvmordsrisiko i spesialisthelsetjenesten, med særlig fokus på sykehusprestere. Vi fant at pasientgruppen i studien hadde behov for og ønsket å samtale om eksistensielle temaer. Videre fant vi at behandlerne mente det var viktig å samtale om eksistensielle temaer, men at de opplevde det utfordrende å samtale om temaene i praksis. Samtidig så vi at sykehusprestene hadde kompetansen på spesifikke eksistensielle temaer, men at de syntes å utebli når ulike faggrupper skulle trekkes inn av behandlerne i samarbeidet om pasienter i selvmordsrisiko. Behandlerne hadde hovedfokus på å forhindre nye selvmordsforsøk, mer enn å samtale om pasientenes eksistensielle utfordringer. Vi så også at sykehusprestene ble noe utydelig i det tverrfaglige samarbeide. Med bakgrunn i disse funnene (se kapittel 4) vil jeg strukturere diskusjonen av problemstillingen på følgende måte: I 5.1 vil jeg ta for meg de eksistensielle temaene som kommer frem i delstudiene, og se på disse i lys av teori om mening i livet (Schnell, 2021), samt øvrig teori fra kapittel 2.0. I 5.2 belyser jeg sykehusprestens rolle. I avsnitt 5.3, gjør jeg kritiske refleksjoner omkring studiens forskningsprosess.

5.1 Eksistensielle temaer – hvordan de forstås, og hvordan de ivaretas i studiens kontekst

Jeg vil ut fra funnene i de tre delstudiene se på deltakernes tilnærming til eksistensielle temaer, hvilke av temaene som ble trukket frem i samtaler, hvordan disse ble ivaretatt, og på selvmordsforsøket som eksistensiell erfaring.

5.1.1 Eksistensielle temaer i samtaler med pasienter i selvmordsrisiko

Overordnet opplevde behandlere og sykehusprester at eksistensielle temaer var viktige i samtaler med pasienter i selvmordsrisiko, jf. artikkel 1 og 3. Vi så også at flere av deltakerne i delstudie 2 gjerne snakket om eksistensielle temaer, jf. artikkel 2. Dette samsvarer med studier som viser at samtaler om eksistensielle temaer kan ha betydning for opplevelsen av sykdom og helse (Haug et al., 2016; Lilja et al., 2016; Sørensen & Lien, 2022; Sørensen et al., 2015). Studier viser også at samtaler om eksistensielle temaer er av betydning for pasienter med psykiske sykdommer (Hanevik, 2016; Lloyd et al., 2016). Det fremkommer videre at eksistensielle temaer, som beskrevet i 2.1.1, inkludert religiøsitet og tro, påvirker selvmordsadferd ved at disse gir mestring og en opplevelse av å ha det bra, «well-being» (Lawrence et al., 2016; Wagani & Colucci, 2018). I en biopsykososio-eksistensiell

personsentrert behandlingsmodell, forstås den eksistensielle dimensjonen som den mest fundamentale, selv om alle dimensjonene gjensidig påvirker hverandre (DeMarinis, 2003, s. 44ff), se 2.1. Å ha en helhetlig tilnærming til pasienters helse er en grunnleggende holdning i norsk helsevesen (Meld. St.19 (2014–2015)). Nyere studier viser at man i behandlingssammenheng bør ha mer fokus på mening og meningsdannelse (Knizek et al., 2021, s. 10).

Et viktig funn i forskningen er at meningskriser kan sees adskilt fra depresjon og alene gi suicidalrisiko (Schnell et al., 2018). Sorg eller forlengede sorgforstyrrelser kan også påvirke en persons meningsopplevelse (Kristensen, 2013, s. 856). Å skape mening etter tap kan derfor være selvmordsforebyggende (Austad, 2020, s. 124; Kristensen, 2013, s. 856; Neimeyer et al., 2014, s. 487ff; Patterson & Holden, 2012), se 2.2.1; 5.1.2.2 og 5.1.2.5. Tross dette fant vi at behandlerne i mindre grad tok opp spesifikke eksistensielle temaer i pasientsamtaler, noe som også er funnet i annen forskning (Knizek et al., 2021, s. 10; la Cour, 2021, s. 136; Stålsett, Austad, et al., 2010, s. 77). Om det er profesjonsspesifikke ulikheter kan man ikke si entydig, da studier på området ikke er omfattende og ikke alltid like valide (Kørup et al., 2021), men en review-studie relatert til pasienter med kroniske smerter, fant at leger i svært liten grad tok opp eksistensielle temaer med pasienter (Andersen et al., 2019). En annen studie viste at leger med et bevisst livssyn, mente de var tydelige på verdien av eksistensielle temaer i klinisk virksomhet (Kørup et al., 2021), se 2.4.

Forståelsen av eksistensielle temaer var heller ikke knyttet til psykologisk teori eller forskning, noe som også er vist i andre behandlingsstudier (Ulland & DeMarinis, 2014, s. 590f). Det har vært vist i annen forskning at undervisningstilbudet i selvmordsforebygging ved relevante utdanningsinstitusjoner er begrenset, samt at undervisningen knyttes til psykiatri eller psykiske lidelser, det er også personavhengig hva som tas opp (Hjelmeland et al., 2014, s. 353; Tallaksen & Lindmark, 2013, s. 30). Disse forhold kan være en medvirkende årsak til funnene i delstudie 1. Funnene viste at behandlerne ble mindre tydelig når det gjaldt teoretisk begrunnelse for deres kliniske tilnærming, jf. artikkel 1. Allikevel, de temaene som behandlerne i delstudie 1 karakteriserer som eksistensielle, se under samt i 5.1.2, er sentrale og relevante for denne gruppen pasienter (Hagen et al., 2018, s. 8; Orbach et al., 2003; Shneidman, 1993; Vatne & Nåden, 2012, s. 306f). Slik kan det synes å være et gap mellom det behandlerne faktisk snakker med pasientene om, og det behandlerne ønsker og uttrykker som viktig. Dette viser at det er nødvendig med ytterligere kompetanse og veiledning på området eksistensiell tematikk (Andersen et al., 2019; Knizek et al., 2021, s. 10), jf. artikkel 1,

og at opplæring og veiledning øker tryggheten for helsepersonell i samtaler om eksistensielle temaer, som eksempelvis i samtaler med pasienter som er døende (Strang et al., 2014). Mer kompetanse etterspørres da også i vedlegget til handlingsplanen for selvmord (Departementene, 2020b, s. 3). Kompetanse er også et eget kapittel i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 som omtaler styrking av kompetansen (Meld. St. 7 (2019-2020), 2019 kap 9). Planen går imidlertid ikke inn på hvilke spesifikke fagområder som bør styrkes.

5.1.1.1 Temaer som deltakerne beskriver som eksistensielle temaer som fremkommer i studien

De temaene som ble karakterisert som eksistensielle fra behandlerens side, var håp og håpløshet, ensomhet, tro og Gud, skam, selvforakt, arbeid, økonomi og helse. Det fremkom indirekte i pasientintervjuene hva pasientene forstod som eksistensielle temaer (se vedlegg 10). Gjennom det pasientene fortalte, fremkom temaer som utdanning, relasjoner, helse, tro, økonomi og tap. Sykehusprestene refererer til temaer som død, liv, skam, håp, sykdom, tro og religiøsitet, relasjonelle anliggender og ensomhet. Flere av disse eksistensielle temaene kan forstås i lys av Schnell sin teorier om mening i livet ut fra de tre områdene meningsfullhet, meningskriser og kilder til mening (2021, s. 7f), se 2.2. Både behandlere og sykehusprester utforsket de eksistensielle temaene enkeltvis uten å se dem i sammenheng med pasientens opplevelse av meningsfullhet eller meningskrise (Schnell, 2014), se artikkel 1 og artikkel 3. Det kan være grunn til å antyde at det er et potensial for å styrke kompetansen på dette teoriperspektivet i møte med pasientgruppen. I det videre ser jeg på flere av de ulike eksistensielle temaene, som ble trukket frem i funnene, i lys av Schnell sin teori samt med øvrig teori i kapittel 2.

5.1.2 Samtaler om eksistensielle temaer i lys av teori om mening i livet

5.1.2.1 Gud, tro og religiøsitet

Mye forskning viser at religiøsitet og tro er viktig for mening (Schnell, 2021, s. 77f; Wagani & Colucci, 2018), men at det også tradisjonelt er et ignorert temafelt i psykiatri (Hanevik, 2016, s. 35). Behandlerne så på religiøsitet som et vanskelig tema fordi de mente det skapte utfordringer for pasientene som hadde nok grublerier fra før, jf. artikkel 1. Sykehusprestene hadde en mer nyansert fremstilling av troens betydning ved å si at den kunne være en ressurs, men at den også kunne være en utfordring, se artikkel 3. Dette samsvarer med forskning om religiøsitet og selvmord, der det fremkommer at religiøsitet kan være både beskyttende, men og være en risikofaktor for selvmord (Gearing & Alonzo, 2018, s. 2493). Meningsfullhet knyttes positivt til religiøsitet gjennom tilhørighet, sammenheng, betydning og orientering

(Schnell, 2021 s 77). Hanevik (2016, s. 117f) viser i sin ph.d-avhandling om psykose og religiøsitet at på den ene siden er religiøsitet en mestringsstrategi, men på den annen side kan religiøse tanker være del av pasientens sykdomsbilde og dermed vanskelig å skille fra dennes tro. Religiøse temaer kan på den andre siden være en utfordring i den terapeutiske relasjonen (Hanevik, 2016, s. 17f; Yalom, 1980, s. 11ff; 2002).

Det kan nok ha vært en tendens i psykiatri at terapeuter unngår religiøse temaer. Austad og Stålsett (2007) peker på to mulige grunner til dette. For det første kan terapeutene være redde for å gå ut over profesjonelle grenser i møte med pasientenes religiøse språk- og opplevelsesverden. For det andre kan pasientene oppleve seg sårbare når de åpner for sine religiøse forestillinger og erfaringer, og de kan ha behov for å beskytte seg og sikre seg mot å bli krenket eller feiltolket (Austad & Stålsett, 2007, s. 814). Andre studier har pekt på ulike grunner til at behandlere ikke snakker med pasientene om religiøse temaer. Grunnene kan gå på ting som manglende kompetanse, opplæring og trening eller usikkerhet på eget trossmessig ståsted og redsel for at de ikke kunne klare å «løse» pasientens eksistensielle problemer (Abbas & Dein, 2011; Galek et al., 2007, s. 374), se 2.4 og 5.1.1. Forskere og terapeuter fremholder like fullt at religiøs tro er noe man bør forholde seg til i det terapeutiske arbeidet (Hanevik, 2016, s. 189f). Det vil være terapeutisk naivt å tro at man kan holde pasienters troshistorie utenfor livshistorien deres (Austad & Stålsett, 2007, s. 814), jf. erfaringene fra VITA-klinikken som er omtalt i avsnitt 2.8.2 (Stålsett, Austad, et al., 2010).

Det er også studier som viser at å samtale om tro og religiøsitet i sammenheng med at selvmord eller selvmordstanker tematiseres kan være selvmordsforebyggende (Lawrence et al., 2016; Wagani & Colucci, 2018). Samtidig viser studier at det er vanskelig å gi et godt svar på hva det er i det religiøse eller ved religiøsitet som har en selvmordsforebyggende funksjon. Det komplekse bildet omhandler områder som kultur, typer av religiøsitet, religiøs tilhørighet og aktivitet (Gearing & Alonzo, 2018, s. 2493; Rasic et al., 2009; Rasic, Kisely, et al., 2011; Rasic, Robinson, et al., 2011). I tillegg er selvmord i seg selv et komplekst fenomen (Hjelmeland, 2013, s. 4; Lawrence et al., 2016, s. 15; Wagani & Colucci, 2018, s. 2).

En nøkkel i det nevnte Vita-prosjektet er at det integrerte både eksistensielle, narrative, dynamisk-relasjonelle og emosjonelle perspektiver i behandlingen (Austad & Stålsett, 2007; Stålsett & Danbolt, 2022, s. 175). Det innebar at man ikke bare snakket om eksistensielle temaer, men åpnet en større verktøykasse med bruk av ulike teknikker som til sammen fikk fram både livs- og trosfortellinger og hvilke følelser som var forbundet med dem. Også

sykehusprest ble trukket inn som en ressurs for pasienter som ønsket det, der bruk av ritualer var en viktig mulighet.

Denne typen bevisst behandlingsfilosofisk tilnærming fant vi ikke hos behandlerne i vår studie, jf. artikkel 1. I vår studie kan det ses en diskrepans mellom et uttrykt behov hos enkelte av pasientene for å snakke om eksistensielle temaer og behandlernes tilbakeholdenhet, jf. artikkel 2. Dette er også vist i andre studier (Cunningham, 2017, s. 1234). Konsekvensen kan være at pasientenes behov for å snakke om religiøs tro og andre eksistensielle temaer kun havner i det den danske religionspsykologen Peter la Cour (2014, s. 321) kaller «et kommunikasjonsmessig tomrom» eller som Galek et al. (2007, s. 374) kaller et «religious gap», det medfører at områder av pasientens eksistensielle (og religiøse) anliggende ikke blir ivaretatt. Det er også verdt å legge merke til at sykehusprestene, som ut fra sin utdanning og erfaring skulle ha høy kompetanse på feltet, ikke ble reflektert inn av behandlerne, jf. artikkel 1.

5.1.2.2 Arbeid og økonomi

Ett område behandlerne var alene om å samtale om, var temaer knyttet til arbeid og økonomi. Arbeid er for mange en viktig kilde til mening (Schnell, 2021 kap. 13; Schnell et al., 2013). Å finne mening i arbeid handler om at det gir opplevelse av sammenheng, betydning, tilhørighet og retning i livet (Schnell et al., 2013, s. 4f). Man kan oppleve seg som betydningsfull og føle tilhørighet til både arbeidsplassen, yrkesfaget, kolleger og eventuelle nettverk av produsenter, kunder eller andre man samarbeider med. Motsatt, når man mister arbeid, kan man oppleve sorg som en konsekvens av tapet som igjen kan innebære tap av mening, identitetstap og skamfølelse (Austad, 2020, s. 119f; Farstad, 2016, s. 205f; Schnell, 2021, s. 107f; Schnell et al., 2013). En av deltakerne i delstudie 2 erfarte konkurs av egen bedrift. Konkurs og tap av arbeid ga informanten erfaring av nederlag, tap av identitet og mening samt skamfølelse, jf. artikkel 2. Dette var grunner som informanten oppga som årsak til selvmordsforsøket. Det fremgår av studier at tap av mening kan være medvirkende til å vurdere om livet er verdt å leve eller også selvmordstanker (Schnell, 2021, s. 109), selv om mental smerte gir en større fare for dette (Patterson & Holden, 2012, s. 154f). Likedan kan tap av arbeid fremkalle forlenget sorg på linje med tap av nærstående relasjoner. Forlenget sorg kan være medvirkende til selvmordstanker (Kristensen, 2013, s. 856).

Ifølge Schnell (2021, s. 226) kan et arbeid som krever mye initiativ, tid og forpliktelse medføre at personen har mindre anledning til å søke andre kilder til mening. For noen kan

arbeidet ta plassen for andre områder, for eksempel relasjoner og velvære (Schnell, 2021, s. 226). For en av pasientene var det ikke jobben som sådan som var viktig, men det sosiale knyttet til arbeidsfellesskapet, jf. delstudie 2. Schnell (2021) skiller mellom et meningsfullt arbeid og det at arbeidet blir erfart som kilde til mening (Schnell, 2021, s. 227). De fleste typer av arbeid er meningsfulle og skal behandles deretter, men ulike typer arbeid er ikke nødvendigvis en kilde til mening i livet. Hva ved arbeidet som gir mening vil være en individuell vurdering, jamfør informantene over.

At sykehusprestene ikke gikk inn på arbeid som tema kan knyttes til at dette ligger utenfor deres kompetanseområde selv om arbeid kan ha betydning for opplevelse av mening for pasienten, jf. artikkel 3. Når behandlergruppen viser til arbeid og økonomi er vi inne på sosionomens fagområde, som er en av de ulike faggruppene som står rundt pasientene. På denne måten viser dette at de ulike faggruppene i hovedsak forholder seg til eget fagområde, jf. artikkel 1.

5.1.2.3 Ensomhet

Ensomhet er et av temaene som både sykehusprestene og behandlerne referer som eksistensielle temaer. Ensomhet omtales av behandlerne som et etisk og relasjonelt anliggende, med bakgrunn i at flere av pasientene i delstudie 2 viser til relasjonsutfordringer, både i forhold til barn, til ektefeller og svigerbarn. Yalom (1980, s. 355) uttrykker med begrepet eksistensiell isolasjon både intrapsykisk isolasjon og en interpersonell isolasjon, se 2.2.1. Eksistensiell isolasjon går i retning av å oppleve seg som en fremmed i verden, at vi som mennesker opplever en fundamental isolasjon fra verden. Flere av pasientene i delstudie 2 omtalte en form for eksistensiell isolasjon. Blant annet fremkom dette i deres beskrivelse av å gå alene med selvmordstankene de hadde. Andre sa noe om at det var ingen som forstod dem. Noen av informantene opplevde også at personer de hadde en relasjon til ikke ville ha kontakt med dem etter selvmordsforsøket, jf. artikkel 2. Informantene beskriver gjennom dette at de er alene både i relasjon til andre, og til verden rundt dem (Yalom, 1980, s. 355). Eksistensiell isolasjon, slik Yalom definerer det, er en grunnleggende form for ensomhet og noe annet enn relasjonell alenehet.

Det synes som behandlerne la vekt på pasientenes interrelasjonelle ensomhet i møtene. De opplevde det tyngende på pasientens vegne at det var de, behandlerne, som var pasientens eneste kontaktpunkt, jf. artikkel 1. Derimot ga ikke behandlerne informasjon om ensomhet forstått som et fundamentalt eksistensielt anliggende (Yalom, 1980). Sykehusprestene på sin

side var heller ikke tydelige på hvordan den eksistensielle ensomheten ble tatt opp i samtale, jf. artikkel 3. De uttrykte ikke hvor dyptpløyende denne ensomheten ble erfart av pasienten, men pasientens ensomhet ble knyttet til tap av arbeid og ikke minst tap av relasjoner. Samtidig viser funnene at også sykehusprestene opplevde pasientens livssituasjon krevende, jf. artikkel 3. På den annen side – hvor grensene går mellom relasjonell ensomhet og en opplevelse av frakopling fra verden eller eksistensiell isolasjon, kan være flytende (Kuzmanic, 2012, s. 88). Å oppleve seg utelatt fra sosial integrasjon eller tilsidesatt av sine nærmeste kan erfares som en gjennomgripende eksistensiell erfaring (Schnell, 2021, s. 168).

Ved å snakke om eksistensiell ensomhet trekker man inn andre utfordrende områder, for eksempel sårbarhet, tomhet og søken etter mening (Carter, 2000, s. 1). Dette er temaer som kan være krevende å samtale om for helsearbeidere, som ofte søker informasjon om sykdomsrelaterte implikasjoner og målbare svar i tilnærmingen sin (Carter, 2000, s. 1). Slik vil det å samtale om eksistensiell ensomhet komme inn på fagområder der helseprofesjonene i liten grad har kompetanse, eller områder de føler seg lite fortrolige med (Carter, 2000; Swinton, 2008, s. 228f). På den annen side er ensomhet del av den mentale smerten eller psychache, se 2.2.1 og 2.3.2. Dette tilsier at ensomhet som et eksistensielt anliggende er et viktig tema å ta opp i samtaler med studiens pasientgruppe (Vatne & Nåden, 2016, s. 5).

5.1.2.4 Håp og håpløshet

Behandlerne ønsket å være håpsbærere for pasienten, jf. artikkel 1. Dette hadde de til felles med sykehusprestene i delstudie 3. Behandlerne sa at pasientens håp var knyttet til at behandlerne lyttet til pasientene, samtidig kommer det frem at pasientenes håpløshet ble en utfordring for behandlerne, og at de fort kunne bli for løsningsorientert, se 4.4.1 og artikkel 1. Flere av pasientene opplevde på sin side at målet for fremtiden var kraftig redusert eller usynlig, se artikkel 2. Sykehusprestene opplevde at det var vanskeligere å snakke om pasientens situasjon enn om selvmordstankene de hadde, nettopp fordi situasjonen var så håpløs, se artikkel 3. Allikevel sa de at de greide å være til stede i det vanskelige, se 4.4.1 og artikkel 3.

Håp er et tema som er mye omtalt i litteraturen både relatert til omsorgskulturen og til behandlerrelasjonen (Vatne & Nåden, 2016). Gjennom samarbeid og dialog mellom helsepersonalet og pasienten, kan det skapes håp for en fremtid hos pasienten. Med håpet kan også pasienten få vilje til å leve (Berglund et al., 2016; O'Connor et al., 2015; Sellin et al., 2016, s. 5; Vatne & Nåden, 2016, s. 10). Dette samsvarer med erfaringen fra en av

informantene i delstudie 2. Informanten opplevde sin behandler som helt avgjørende for at vedkommende nå var i live. Begrunnelsen for dette var behandlerens støtte og håp om og tro på at informanten ville greie seg. Jf. artikkel 2. En av de yngre informantene i delstudie 2 uttrykte usikkerhet for fremtiden. Vedkommende var usikker på mulighet for blant annet utdanning og arbeid. Informanten uttrykte at «uten endring på situasjonen begår jeg et nytt selvmordsforsøk», jf. artikkel 2. Denne usikkerhet for fremtiden kan uttrykke en form for håpløshet, der håpløshet beskrives som del av den suicidale smerten, også kalt psychache (Shneidman, 1998, s. 246) eller «mental pain» (Orbach et al., 2003, s. 238f; Verrocchio et al., 2016). Håpløshet er videre beskrevet som en risikofaktor for selvmord (Herrestad & Biong, 2010; Marco, Guillén, et al., 2016; O'Connor & Nock, 2014, s. 75f).

Håpløshet kan også relateres til utfordrende sykdommer som nevrologiske sykdommer. De nevrologiske sykdommenes alvorlige prognose og mangel på kurativ behandling kan blant annet skape håpløshet og økt selvmordsrisiko (Costanza, Amerio, et al., 2020, s. 258ff). Håpløshet knyttes til depresjon, der håpløshet er et element i depresjonen. Det er dette elementet som kan skape selvmordsrisiko (Patterson & Holden, 2012, s. 148). Den selvmordsutsattes håpløshet svekker evnen til å se fremover, dermed kan det å tenne et håp vise seg å være vel så viktig som at håpet går i oppfyllelse (Herrestad & Biong, 2010, s. 8). Samtidig viser O'Connor & Nock (2014) til en fireårig oppfølgingsstudie med personer som har gjort selvmordsforsøk. Her ser vi at håpløshet ikke er en betydelig faktor for fremtidig selvmordsforsøk. Konklusjonen er at håpløshet er en viktig faktor for selvmordstanker, men at andre faktorer kan være mer betydningsfulle for å forutsi aktuelle selvmordsforsøk og selvmord (død) (O'Connor & Nock, 2014, s. 76), se 2.2.1.

Schnell sin teori nevner ikke håp eksplisitt, allikevel vil håp kunne falle inn under området retning relatert til mening i livet fordi håp angir personens kapasitet til å se fremover eller at personen har et mål om at noe denne opplever som viktig skal skje (Schnell, 2014; 2021, s. 31). En annen studie viser at pasientens håpsfokus alene ikke er avgjørende for et godt terapeutisk utfall, men at behandlerens håp for behandlingen innvirker positivt på resultatet (Coppock et al., 2010, s. 625). Dette samsvarer med eksemplet fra delstudie 2 over. Dette kan tolkes dit at behandlerens holdning og innlevelse i situasjonen er av betydning for utfallet av dialogen også sett fra ulike faglige perspektiv (Austad & Johannessen-Henry, 2020, s. 76; Engedal, 1994; Michel & Valach, 2011; Orbach, 2001). Vi er her i berøring med det behandlere og sykehusprester uttrykte som betydningen av å bære håpet for pasientene.

Noe tilsvarende kan vi også finne i en pasientsentrert tilnærming innen suicidologi. I dette suicidologiske perspektivet vektlegges betydningen av en lyttende holdning til pasientens fortelling og det å evne å ha et emosjonelt nærvær og vise terapeutisk interesse for pasientens perspektiv knyttet til tankene om selvmord. Disse to nevnte tilnærmingene blir av Michels og Orbach uttrykt som viktige terapeutiske anliggender i møte med pasienter som har selvmordstanker (Michel & Valach, 2011; Orbach, 2001, s. 173). Østlie (2018, s. 151) uttrykker nødvendigheten av «authentic empathy» for å etablere og vedlikeholde et helende terapeutisk forhold. Tilsvarende fokus er sentralt i samtaler mellom sykehusprest og pasient (Engedal, 1994, s. 126ff; Swift, 2015b, s. 142). I dette bildet kan sykehusprestens (og behandlerens) rolle som håpsbærer være det som bærer pasienten og gjør det mulig for denne å komme gjennom det som skaper smerte og selvmordstanker (Farstad, 2016, s. 352).

Stålsett og Danbolt (2018) gjør imidlertid en distinksjon mellom omsorg og empati. De viser til den barmhjertige samaritan som et mulig forbilde for sykehusprestens omsorg, der en persons omsorg ikke nødvendigvis også medfører innlevelse og empati. Handlingen utføres på bakgrunn av en kristen forventning om å vise omsorg, men empatien for situasjonen kan utebli (Stålsett & Danbolt, 2018, s. 23). Relatert til våre funn, jf. artikkel 2, var informantene vare for holdningene de ble møtt med av sykehuspersonalet. En åpen lyttende innstilling fra behandler og sykehusprest er vesentlig for en god og trygg samtale (Cooper-White, 2015, s. 31; Engedal, 1994; Michel & Valach, 2011, s. 68; Schnell, 2022, s. 12), se 2.7.5.

I samtalene med pasientene søkte behandlerne å få frem elementer av håp i pasientens situasjon uten at de sa noe konkret om hva disse elementene var (Herrestad & Biong, 2010). Om disse elementene er kilder til mening for pasientene, vites ikke (Schnell, 2021) (se artikkel 1). Mening i livet kan være en buffer mot pasienters håpløshet, viser en studie med borderlinepasienter med selvrapportert selvmordsfare (Marco, Guillén, et al., 2016).

Balansen mellom håp, håpløshet, empati og «passe avstand», slik en av informantene i delstudie 3 sa det, kan være en utfordring både for behandler og sykehusprest. Dette fremkom både i delstudie 1 og 3. Samtidig har sykehuspresten på sin side verktøy. Verktøyene kan være ritualer sammen med et ikke-medisinsk språk som kan hjelpe for å uttrykke tanker og refleksjoner som en støtte for å kunne bære håpet og gi mening for den andre (Austad & Johannessen-Henry, 2020, s. 72; Danbolt & Stifoss-Hanssen, 2017, s. 358; Schnell, 2021, s. 111f; Stålsett & Danbolt, 2018), se 5.2.

5.1.2.5 Tap og sorg

Å finne mening etter tapsopplevelser var et sentralt tema, ifølge behandlerne, se artikkel 1. Ifølge pasientene kunne tap og sorg handle om at relasjoner var blitt borte, eller at muligheter for eksempelvis arbeid og skolegang eller andre aktiviteter hadde gått tapt. Dette påvirket livslysten hos en av deltakerne, jf. artikkel 2. Denne formen for tap ble ikke tematisert i beholdersamtalene, ifølge vedkommende deltaker, se artikkel 2. Tap og sorg kan medvirke til at kildene en person har til å oppleve velvære og tilhørighet avtar og slik gir en meningskrise (Austad, 2020, s. 119ff), se avsnitt 2.2.1. og 5.1.1. Samtidig var tap og sorg ofte knyttet til temaet død, et område sykehusprestene var opptatt av og samtalte om, se artikkel 3: Tap og sorg er kjerneområder for sykehusprester (Timmins et al., 2017, s. 95f). Tap av relasjoner kan medvirke til ensomhet, alenehet og eksistensiell isolasjon (se ovenfor om ensomhet).

Det er god grunn til å tenke på et behandlingsforløp som en sorgprosess over «det tapte livet, det ulevde livet og det istykkerlevde livet» (Stålsett & Danbolt, 2022, s. 174). I delstudie 2 kommer det fram flere eksempler på hvordan pasientene i selvmordsrisiko opplevde ulike gjennomgripende tapsopplevelser ut over tap og sorg ved død, som er nevnt over. Sorg er en naturlig reaksjon på en persons opplevelse av tap, men dette utvidede perspektivet på tap var mindre framme hos behandlerne og sykehusprestene. Som en kontrast til dette kan den før nevnte VITA-modellen trekkes frem, 5.1.2.1 og 2.8.2. Der ble terapi sett på som et viktig bidrag for pasientens sorgprosess og arbeid med å kunne forsone seg med livet og klare å se framover (Stålsett, Austad, et al., 2010). Håpet er at man finner et feste for å gå videre og ikke stopper opp eller avslutter det hele med selvmord (Beskow et al., 2015; Sellin et al., 2016).

Samtidig var utfordringen at mange av pasientene ikke hadde et godt liv eller opplevde å ha dette. Selvmord er en kulminasjon av livshendelser (Michel & Valach, 2011, s. 70). Disse livshendelsene representerte en livssmerter, som syntes å overvelde behandlere og sykehusprester, jf. artikkel 1 og 3. Bevisstheten om hva slags prosesser pasienter i selvmordsrisiko arbeider med i behandlingen, fant vi lite av hos behandlerne, jf. artikkel 1. Dette står i kontrast til en pasientsentrert tilnærming der pasientens narrativ står i sentrum (Michel et al., 2017). Hos behandlerne var fokuset i hovedsak på å forebygge nye selvmordsforsøk. Men hos pasienten var derimot elementet av sorg over det tapte eller det istykkerlevde livet synlig i deres fortellinger. Å jobbe aktivt med denne smerten er et vesentlig anliggende i en eksistensiell tilnærming, for å skape bevissthet omkring smerten og

om mulig bygge nye meningsstrukturer (Lockman & Servaty-Seib, 2018; Schnell, 2022, s. 5), se 2.3.3.

Sorg er for mange preget av emosjonell og eksistensiell utmattelse, og mange kan trenge støtte fra omgivelsene for å komme videre (Austad, 2020, s. 119f; Neimeyer et al., 2014, s. 486). Både behandlerne og sykehusprestene la vekt på at de skulle være håpsbærere for pasientene og støtte dem, jf. 5.1.2.4. Ikke minst var sykehusprestene tydelige på sin rolle som empatiske vitner til pasientenes beretninger, jf. delstudie 3. Å være empatiske vitner kan gi rom og trygghet for at pasientene jobber med den emosjonelle og eksistensielle indre ryddeprosessen som sorg innebærer (Cooper-White, 2015, s. 41; McClure, 2012, s. 275). Selv om det er viktig å jobbe med forebygging og hvordan man skal håndtere pasientens uttrykte ønske om selvmord i akutte situasjoner, handler det for pasientene om en indre kamp for å redde jeget og finne et fotfeste i sin egen tilværelse (Sellin et al., 2016; Stålsett & Danbolt, 2022).

5.1.2.6 Skam

Skam var et sentralt eksistensielt samtaletema både for behandlerne og sykehusprestene. Deltakerne i delstudie 2 viser også at dette var et sentralt tema i samtale, se artikkel 1, 2 og 3. Skam er et tema som går igjen i tilknytning til personer med selvmordsproblematikk (Lester, 1997; Shneidman, 1993; Vatne & Nåden, 2012, s. 308f; Vatne & Nåden, 2018, s. 29; Wiklander et al., 2003). Selv om skammens kilder og sammenhenger kan være ulike (Farstad, 2016, s. 31; Hjelmeland, 2022, s. 322), er det samtidig en generell forståelse av skammens ansikt som allestedsnærværende (Pattison, 2005, s. 277). Skammen er global, og gjelder alt man forholder seg til (Farstad, 2016, s. 29). Dette fremkommer i delstudie 2, der funnene viste at skammen bygde seg opp over tid, inntil personene opplevde at ingen hadde bruk for dem eller ønsket deres tilstedeværelse, jf. artikkel 2. Slik blir skammens ansikt en grunnleggende fordømmelse av selvet (Cameron et al., 2020, s. 293; Pattison, 2005, s. 71). En studie av Rasmussen et al. (2014, s. 553) fant at selvmord blant unge menn blant annet kunne ha sammenheng med undertrykte følelser som sinne og skam.

Den mest aggressive skamresponsen mot selvet er selvmord (Farstad, 2016, s. 190). Beskow et al., (2015, s. 5) sier at ordet selvmord kan være en måte å forstå nettopp dette selvhatet, mord på selvet. Mer spesifikt kan skam være knyttet til individets tidligere erfaringer, den suicidale smerten (Verrocchio et al., 2016, s. 9) eller opplevelsen av skam fordi man ikke greide å ta livet sitt i selvmordsforsøk(ene) (Lester, 1997; Schnell, 2021, s. 168; Vatne &

Nåden, 2016; Vatne & Nåden, 2018, s. 29; Wiklander et al., 2003). Opplevelse av skam kan slik være en «vanlig» følelse hos studiens pasientgruppe, noe vi erfarte gjennom intervjuene i delstudie 2. Flere av deltakerne her viste til tidligere erfaringer som grunn for situasjonen nå. Det uttrykte også at selvmordet ble en type medisin som man kunne ty til hvis livet ble for slitsomt, jf. artikkel 2. Skam fremstår slik som et komplekst og sammensatt fenomen (Farstad, 2016, s. 31). I møte med pasientens skam viste sykehusprestene en grunnleggende holdning av empati og forståelse, jf. artikkel 3.

Denne tilnærmingen finner støtte i deres sjelesørgeriske tilnærming som følgesvenn og veileder, hvilket innebærer å gå sammen med, lytte, tie og tale til pasientens fortelling uten å fordømme (Cooper-White, 2015, s. 30ff; Engedal, 1994, s. 139ff). Det fremkommer imidlertid ikke om sykehusprestene brukte ritualer eller om de reflekterer rundt tilgivelse og skyldproblematikk (Follesø, 2003, s. 131; Stålsett & Danbolt, 2022, s. 178), selv om skyld kan være et aktuelt tema knyttet til skam (Follesø, 2003, s. 100). Å legge skylden for en handling over på andre kan være en måte å minske skammen på, eventuelt overføre egen skam på andre (Pattison, 2005, s. 115/118). I vårt materiale ser vi at søken etter ytre årsaksforklaringer kan være en måte å minske skammen på. Allikevel er ikke funnene så tydelige på dette at det kan fastslås, jf. delstudie 2. Noen av informantene i delstudie 3 omtalte skyld hos pårørende fordi en av deres nære døde i selvmord. De som pårørende burde sett faresignalene. Eller hvis pasienten var forelder fikk denne skyldfølelse ved å tilkjenne egne selvmordstanker overfor barna. En studie viser imidlertid at man må ta hensyn til generalisert skam og skyld og samhandlingen mellom disse i møte med pasienter som kan ha selvmordstanker (Kealy et al., 2021).

I lys av Schnell sin teori påvirker skam kildene en person har for å søke selvaktualisering (Schnell, 2021). Personen kan undervurdere seg selv, eller kan ha en opplevelse av at vedkommende ikke mestrer livet (Hjelmeland, 2022, s. 322). Dette samsvarer for eksempel med en av deltakerne i delstudie 2 som fikk økonomiske problemer og utfordringer knyttet til arbeid. Også andre studier har funnet økonomiske forhold og arbeidsløshet som årsak til selvmordsforsøk (Vatne & Nåden, 2018, s. 37). En annen deltaker opplevde skam ved å komme til sykehuset etter selvmordsforsøket, jf. artikkel 2. Flere av deltakerne i delstudie 2 uttrykte at årsaken til selvmordet var sammensatt og at skammen var en av flere årsaker til selvmordsforsøket. For andre deltakere fremkom skammen indirekte, ved temaer det var utfordrende å snakke om, jf. artikkel 2. Ut fra dette kan selvmordsforsøket for deltakerne i delstudie 2 både være en konsekvens av og årsak til skamfølelsen.

Behandlerne ønsket å vise pasientene at de var verdifulle, se artikkel 1. Denne holdningen var tilsvarende for sykehusprestene, som begrunnet holdningen ut fra et kristent menneskesyn, se artikkel 3. Hjelmeland (2022, s. 322) understreker betydningen av behandlernes holdning i møte med pasientene som har gjort et selvmordsforsøk. Behandler må ikke undervurdere alvoret i selvmordsforsøket, nettopp for å unngå å bygge opp under noe av den skammen personer kan ha etter et selvmordsforsøk (Hjelmeland, 2022, s. 322; Vatne & Nåden, 2018, s. 29).

5.1.2.7 Holdninger og utfordringer i relasjonen til pasienter i selvmordsrisiko

Deltakerne i delstudie 2 fortalte om negative opplevelser og holdninger fra behandlerne. Dette samsvarer med andre studier, som refererer til at pasienter blir møtt med negative holdninger fra behandlere når de kommer til sykehuset etter å ha utført et selvmordsforsøk (Bergmans et al., 2017, s. 644; Hagen et al., 2018, s. 7; Hagen et al., 2020, s. 60ff; Rund, 1984; Tallaksen & Lindmark, 2013, s. 31; Vatne & Nåden, 2014, s. 170; Vatne & Nåden, 2018, s. 29). På den annen side viser flere studier utfordringer med å jobbe med disse pasientene. Utfordringene kan blant annet være knyttet til frykten for at pasienter tar livet sitt mens de går til behandling, og at terapeuten selv erfarer emosjonelle og behandlingsmessige utfordringer i møte med pasientene (Nicholl et al., 2016, s. 11). Dette samsvarer med det behandlerne uttrykte om frykten for å miste en pasient i selvmord. Sykehusprestene på sin side opplevde ansvar for å redusere pasientenes selvmordsrisiko selv om de ikke har behandlingsansvar på linje med behandlerne, se artikkel 3. Utfordringene kan også knyttes til at pasientene er mentalt ustabile (Berghlund et al., 2016, s. 724). Det medisinske står i fokus i behandlingen sammen med risikovurdering, dette kan gjøre det vanskelig å vektlegge det å bygge en god relasjon til pasienten (Hagen et al., 2017, s. 363; Nicholl et al., 2016, s. 3).

5.1.3 Selvmordsforsøket – som eksistensiell erfaring?

Når det gjaldt pasientene og deres opplevelse av mening i livet, hadde de utfordrende livssituasjoner både før og i tilknytning til selvmordsforsøket. Utfordringene hang sammen med arbeidssituasjonen, helse, utdanning, tapserfaringer og at relasjoner var truet (Schnell et al., 2018), se artikkel 2. Michels & Valach (2011) sier blant annet at selvmord er en oppsamling av livshendelser, og at det har en historie (s.70). Forholdet mellom betydning, mening og selvmord kan uttrykkes slik: «Research on suicide might be the best sources of information upon which to draw for an understanding of the significance dimension of meaning» (Martela & Steger, 2016, s. 535).

Flere av pasientene opplevde at selvmordsforsøket hadde fått dem til å tenke annerledes enn før selvmordsforsøket. Endringen gjorde at de søkte til ulike aktiviteter som de mente ville gi dem mening. To eksempler fra delstudie 2 kan belyse dette. En av deltakerne i delstudie 2 ville jobbe tilknyttet en organisasjon på bakgrunn av hendelsen i eget liv. En annen søkte å gjenopprette kontakt og tillit med nære relasjoner. En studie viser at pasienter med selvmordsutfordringer trenger å gjenetablere kontakt med samfunnet rundt seg, slik at de kan lære å leve igjen etter selvmordsforsøket (Cutcliff et al., 2006). Likedan viser en annen studie at tiden rett etter utskrivelse fra sykehuset er sårbar. På grunn av dette trenger de støtte og omsorg for å komme i gang (Cutcliffe et al., 2012). Å støtte pasienten i dennes situasjon slik at de opplever at de mestrer livet etter et selvmordsforsøk, kan derfor ha stor betydning (Hagen et al., 2018, s. 8; Sellin et al., 2016). Flere av deltakerne i delstudie 2 kan forstås dit hen at de prøvde å justere opplevelsen i tilknytning til selvmordet mot nye meningsstrukturer for å reetablere mening (Lockman & Servaty-Seib, 2018; Rogers, 2001), jf. 1.3.5 og 2.3.2. Funn viser også at opplevelse av mening kan direkte redusere eller kompensere for negative erfaringer (Schnell, 2021, s. 155).

Ut fra pasientens ønske om å søke mening i aktiviteter, kan det synes som at selvmordsforsøket har skapt en positiv endring i hva som kan være kilder til mening i livet og hva som er kilde til personlig vekst, altså en posttraumatisk vekst (Schnell et al., 2018; Tedeschi et al., 2017), se 2.3.4. Vi kan forstå dette som at individets overordnede meningsstrukturer endres. Meningsdannelsesprosessen kan resultere i personlig vekst som et produkt av meningsdannelsen, også betegnet som «meaning-made» (Park, 2010, s. 260f). Selvmordsforsøket /-ene kan også benyttes terapeutisk i samtalene med pasientene (Beskow et al., 2015, s. 7). Samtalene kan gi en eksistensiell endring ved at man i dialogen møter pasientens utfordringer (Schnell, 2022; Vatne & Nåden, 2014). Denne studien har imidlertid ikke grunnlag for å fastslå om pasientenes meningsstruktur ble endret etter selvmordsforsøket, selv om vi ser at noen av pasientene faktisk ga uttrykk for at de hadde endret innstillingen til å leve, jf. 2.3.4.

5.1.3.1 Ambivalens

Det fremkommer i delstudie 2 at det var deltakere som fortsatt var i en meningskrise, og at tanken på et nytt selvmordsforsøk ikke var fremmed for dem. Pasientens ambivalens ble et tema i samtalene både hos behandlere og sykehusprester, jf. artikkel 1 og artikkel 3. Det fremkommer at ambivalensen kan være et nyttig terapeutisk verktøy fordi det gir mulighet for å utforske personens usikkerhet knyttet til ønske om å leve eller å dø (Beskow et al., 2013, s.

83f; Vatne & Nåden, 2012, s. 307ff). Ambivalens kan også handle om skammen en person opplever. Personen kan uttrykke et ønske om å bli sett for den man er, samtidig som man frykter å bli sett med et negativt blikk (Farstad, 2016, s. 219). På hvilken måte eller om samtale reflekterte sammenhengen mellom skam og ambivalens fremkom ikke i studiens materiale, hverken hos sykehusprestene eller behandlerne.

Ambivalens kan videre forstås som en eksistensiell utfordring etter et selvmordsforsøk som ikke lyktes (Sellin et al., 2016, s. 2). Bergmans et al. (2017, s. 634) beskriver ambivalens som en type «emotional flux and uncertainty about one's own destiny». Å møte denne ambivalensen med forståelse og terapeutisk nærvær kan være av betydning for bedring (Bergmans et al., 2017, s. 644; Farstad, 2016, s. 233; McClure, 2012; Sellin et al., 2016, s. 6; Vatne & Nåden, 2012, s. 310). For en av pasientene som uttrykte ambivalens, ville et eventuelt nytt selvmordsforsøk avhenge av muligheten for videre skolegang, se artikkel 2. Dette eksemplet kan sees i lys av forholdet mellom måloppnåelse og meningsfullhet (Schnell, 2021). En aktivitet oppleves som meningsfull for en person når den tjener et overordnet mål (Schnell, 2021, s. 30f). Å ha et mål, som sådan, er meningsfullt fordi dette er fremtidsrettet og gir hjelp til motivasjon og struktur i hverdagen (Schnell, 2021, s. 30).

5.1.3.2 Døden

Det å bli borte, eller det å dø, er noe pasienter i selvmordsrisiko søker. De søker det ikke nødvendigvis fordi de vil dø, men fordi den indre smerten er utålelig (Ekeberg, 2006; Shneidman, 1993). Å samtale om hva de ønsker å oppnå med å avslutte livet, er dermed relevant (Schnell, 2021, s. 108). For sykehusprestene kunne samtaler om død bli en inngangsport for å snakke om selvmord, jf. delstudie 3. Det fremkom også at sykehusprestene utforsket tanker om hva som skjer etter døden, med pasientene. Det var også behandlere som initierte en samtale om død i samtale med pasientene, jf. artikkel 1. Døden er et grunnleggende tema for mennesket. Døden er også et temaet som skaper mye uro, og samtidig er liv og død to temaer som er gjensidig avhengig av hverandre (Yalom, 1980, s. 40). Døden er også et tema som utfordrer behandlerne (Yalom, 2002). På den annen side viser erfaringen at å reflektere over at man er dødelig, kan gi vekst. Yalom referer i den forbindelse til litteratur og til erfaringer fra overlevende etter at de har hoppet fra Golden Gate Bridge (Yalom, 1980, s. 33f; 2002). Deltakerne i delstudie 2 formidlet ikke et konkret ønske om å snakke om døden, men flere uttrykte at de hadde behov for å samtale om eksistensielle temaer, jf artikkel 2. Å samtale om pasientens anliggende hjelper personen til å se seg selv og

forhåpentlig avdekke dennes indre dialog og fremme ny forståelse og mening (Carter, 2000; Schnell, 2022).

5.2 Sykehusprestens rolle

I følgende avsnitt vil jeg belyse sykehusprestens rolle og betydning som samtalepartner med pasienter i selvmordsrisiko.

5.2.1 Sykehuspresten – en utydelig hjelper?

Sykehusprestens sentrale mandat i sykehuset er blant annet at pasientene skal få en helhetlig omsorg i den situasjonen de er i og at sykehuspresten skal legge til rette for trosutøvelse (Berthelsen & Stifoss-Hanssen, 2014, s. 383 f). De øvrige ansatte har også et ansvar for å ivareta pasientens eksistensielle omsorg ut fra sitt kompetansenivå. Funn fra delstudie 1 viste at sykehuspresten ikke trekkes frem når behandlerne reflekterte omkring eksistensiell tematikk i fokusgruppene. Dette samsvarer med andre studier hvor sykehuspresten ikke trekkes inn der dette kunne vært relevant for arbeidet med eksistensielle temaer (Agledahl et al., 2011, s. 652; Cramer et al., 2013, s. 1; Timmins et al., 2017, s. 89). Ut fra dette kan man anta at mange pasienter ikke får benyttet et tilbud de kanskje ønsker og kunne hatt nytte av (Berthelsen & Stifoss-Hanssen, 2014, s. 384).

På den annen side fikk vi kjennskap til at flere av pasienter hadde snakket med sykehuspresten, jf. artikkel 2. Dette kunne være ved et tilfeldig møte med sykehusprest, etter avtale via personalet eller gjennom verdigrupper som ble holdt på avdelingen, jf. artikkel 2. At sykehuspresten blir en som tilfeldig kommer forbi kan ha ulike begrunnelser. Det kan blant annet være at avdelingene ikke innlemmer sykehuspresten som en selvfølgelig del av avdelingens pasienttilbud, noe som er annerledes eksempelvis innen palliasjon der sykehusprestene er en av flere faggrupper rundt pasientene (Helsedirektoratet, 2019).

En måte å jobbe på, som kan bidra til en tydeligere innlemmelse av ulike faggrupper i pasientbehandlingen, kan være den tidligere omtalte Plissit-modellen, som legger opp til at alle kan gjøre noe ut fra den enkeltes kompetansenivå og pasientens behov, se 2.2.2 (Annon, 1976; la Cour, 2014, s. 322). Det forutsetter på den ene siden en holdning og praksis i avdelingen som kalkulerer med sykehusprest og lar hun eller han bidra positivt med sin kompetanse. På den annen side at ansvaret legges til sykehusprestene selv om å være synlige og tydelige på hva de kan bidra med (Cramer, 2013). Delstudie 3 viste at sykehusprestene i denne studien blir utydelige i møte med andre faggrupper.

Om vi knytter an til Plissit-modellen, kan sykehuspresten forstås som den som har mest kompetanse på det eksistensielle området i norske sykehus. De blir da spesialistpersonell som kan bistå med kompetanse på feltet eksistensiell omsorg, på en annen måte enn det øvrige personalgrupper har faglige forutsetninger for (Grung & Bråten, 2019, s. 77f). Vi kunne dermed forventet at sykehusprestene i større grad så på seg selv som spesialister på feltet og hadde kommunisert dette tydelig inn i sykehusets fagmiljø. På den annen side har sykehusprestene også en grunnleggende spesifikk prestekompetanse knyttet til forkynnelse, samtale og teologi, og de har ikke på samme måte som helsepersonell høy kompetanse på sykdomsforståelse, behandling og pleie, noe som er sentralt i utførelsen av sykehusets primæroppgaver. Slik blir de på en måte på utside av miljøet de jobber i (Swinton, 2008, s. 224; Grung & Bråten, 2019, s. 73 /77).

På den annen side så vi at deltakerne i delstudie 2 hadde god nytte av sykehuspresten om de fikk samtaler med denne, se artikkel 2. Dette bekreftes av forskning som sier at religiøse praksiser og tro er konstruktivt og nyttig for mestring og helse for en del mennesker (Berthelsen & Stifoss-Hanssen, 2014, s. 384). Studier understøtter også funnet om at pasienter opplever det tilfredsstillende å møte sykehuspresten, blant annet fordi sykehuspresten blir en katalysator for det pasienter og pårørende står i, og fordi de kan samtale om eksistensielle temaer (Cunningham et al., 2017, s. 1243; Marin et al., 2015) .

Det fremgår av studier at pasienter foretrekker en henvendelse direkte fra sykehuspresten, istedenfor fra eksempelvis sykepleier og spesielt fra lege (Cunningham et al., 2017, s. 1234). Dette står i motsetning til hvordan pasienten kommer i kontakt med sykehuspresten i norske sykehus, der det er helsepersonell som oftest står for henvisningen til sykehuspresten (Galek et al., 2007), noe også sykehusprestene i vår studie bekreftet. Dette medførte at det alltid var en tredjeperson som skulle presentere sykehusprestenes tilnærming og oppgaver, jf. delstudie 3. Denne organiseringen blir spesielt utfordrende når de andre helseprofesjonene ikke vet hva sykehusprestens rolle innebærer (Cramer, 2013). Studier viser også at det er usikkerhet på hvilken måte sykehuspresten kan bidra sammen med de øvrige helseprofesjonene (Cramer et al., 2013; Gubi & Smart, 2016, s. 289; Timmins et al., 2017, s. 100).

Denne koblingen mellom at det er helsepersonellet som henviser til sykehuspresten, og at det er en utydelighet i hvordan helseprofesjonene forstår sykehuspresterollen, kan medvirke til at sykehuspresten blir mindre benyttet i tverrfaglig samarbeid. Noe som i sin tur kan påvirke sykehusprestenes eget selvbilde og skape en sjenanse og utydelighet over egen tilstedeværelse i behandlingsinstitusjonen.

5.2.2 Sykehuspresten representerer noe ut over seg selv

Sykehusprestene erfarte at pasientene tenkte på Gud når de møtte dem. I samtalene med pasientene ble de representanter og symbolbærere for sentrale verdier som pasientene forbinder med den tradisjonen som sykehusprestene hadde tilhørighet til, det vil si Den norske kirke, se artikkel 3. I lys av Schnell's teori kan vi forstå denne symbolfunksjonen i sammenheng med former for vertikal selvtransenderinger så som religiøsitet og spiritualitet, som i forskningen er beskrevet som viktige kilder til mening for mange (2021).

Når pasientene fortalte om sine selvmordstanker, var det noen av sykehusprestene som erfarte at pasientene da opplevde at de fortalte om sine tanker til Gud. Denne erfaringsformidlingen er et konkret eksempel på sykehusprestenes representasjon, jf. artikkel 3. Det er viktig å understreke at sykehusprestene var veldig tydelige på at de ikke var Gud. Å assistere pasienter i deres eksistensielle arbeid med å konstruere mening i relasjon til sine tros- og livssynssystemer når de opplever store påkjenninger i livet, er sentralt i sykehuspresters praksis (Berthelsen & Stifoss-Hanssen, 2014; Stålsett & Danbolt, 2018, s. 15f). I dette arbeidet er sykehusprestene både symboler for «noe større», men også bidragsyttere med en faglig kompetanse (Stålsett og Danbolt 2018 s. 15). Dette «noe større» ble beskrevet og relatert til på ulike måter avhengig av pasientenes bakgrunn og av dialogen mellom pasient og prest. I den sammenheng kom det også frem at sykehusprestene mente at de ut fra sin rolle som prester lettere kunne ta opp eksistensielle temaer fordi dette lå i de forventningene ansatte og pasienter hadde til dem, jf. delstudie 3.

Det er vist at selvtransendente erfaringer som det å ha kontakt med noe man oppfatter som guddommelig kan være en måte å finne blant annet ro, samhörighet og sammenheng på (Schnell, 2021, s. 66; Sørensen & Lien, 2022). Konkret kan dette være ved bruk av ritualer (McClure, 2012, s. 273f; Stålsett & Danbolt, 2018, s. 25ff), (nærmere om ritualer, se under). På den annen side vet vi også at dette kan være en utfordring, avhengig av pasientens erfaring og referanser (Henriksen, 2014). Som en av sykehusprestene sa kan tro være en styrke, men det kan også være en belastning. Denne tosidigheten bekreftes i ulike studier. Religiøsitet kan være selvmordsforebyggende, men det kan også være en risiko (Gearing & Alonzo, 2018; Hanevik, 2016; Lawrence et al., 2016).

Delstudie 2 viste at noen pasienter ikke fikk snakke om religiøsiteten sin mens de var på sykehuset, selv om dette var viktig for dem, jf. artikkel 2. I følge sykehusprestene forstod pasientene sykehuspresten som en som skulle legge til rette for et rom for åpenhet, tillit og

mulighet for å forstå sin egen situasjon. Denne forståelsen finner støtte hos McClure (2012, s. 273). Sykehusprestene er blant annet er lært opp til å stille spørsmål som: Hva gjør at du trenger støtte nå? Hva ønsker personen at sykehuspresten (relatert til denne studien) skal bidra med (McClure, 2012, s. 273f)? En av informantene uttrykte at sykehuspresten bare kom og var der for å lytte til det denne sa, jf. artikkel 2. På den annen vet vi at det er pasienter som ikke ønsker å samtale med sykehusprest. Cramer et al., (2013, s. 2) viser at noen pasienter og pårørende også kan vegre seg for å snakke med sykehusprest fordi de er redde for at vedkommende skal dømme dem eller omvende dem, eller at de tenker at døden er nærstående.

Sykehusprestene kommer med noe annet inn i sykehuset, de har et annet oppdrag enn de øvrige (Grung & Bråten 2019 s. 77) og kan åpne for flere perspektiver og andre muligheter enn det som i mange tilfeller kan prege behandlingstilnæringer med individualistisk preg og kanskje mindre oppmerksomhet mot kontekst, situasjon og livshelhet (Henriksen, 2014, s. 65). Sykehusprestens annerledeshet kan slik synes å være et konstruktiv bidrag i møte med studiens pasientgruppe, fordi årsakene til selvmordsforsøk og selvmordstanker ofte er sammensatte (Hjelmeland, 2013, s. 3).

Samtidig, å ha en annen posisjon, men også representere noe større, kan legge grunnlag for en maktposisjon ved at sykehusprester kan bli en religiøs autoritet, kanskje også uten at de er seg det bevist eller at dette er ønsket (Grung og Bråten, 2019 s. 79f). At sykehuspresten har en transparent agenda og synliggjør sin aktivitet og sine virkemidler, er en måte å gjøre sykehusprestens utøvelse av sitt arbeid og mulige maktasymmetri i relasjoner til pasienter eller medarbeidere tilgjengelig for kritisk prøvning (Henriksen, 2014, s. 67). Deltakerne i delstudie 3 reflekterte imidlertid ikke over potensiell maktbruk, men over avmakten som pasientene kunne overføre til dem på grunn av sin håpløse situasjon. Flere av deltakerne i delstudie 3 vektla at de i samtale ønsket å gi pasientene en opplevelse av å være med i en sammenheng, vise at de ikke var alene. De ønsket å skape en god relasjon med pasienten. Dette finner også støtte i studier med pasienter i selvmordsrisiko (Sellin et al., 2016; Østlie et al., 2018). Pasientene som møtte sykehusprest bekreftet at dette møte var positivt, jf. artikkel 2. Dialogisk sjelesorg der man søker en egalitær holdning mellom sykehusprest og den som kommer til samtale, kan være forebyggende for potensielle maktasymmetri i samtalerommet (Stifoss-Hanssen, Grung, et al., 2019, s. 5).

Flere av sykehusprestene uttrykte at de benyttet ritualer som bønn, lystenning eller fortellinger fra hellige tekster i samtaler de hadde med pasienter i selvmordsrisiko, jf. artikkel 3.

Opplevelsen av hellighet kan fremkomme ved aktiviteter som knytter an til pasientens

åndelighet (Schnell, 2021). Relatert til teorien om mening i livet og kilder til mening, kan dette kobles som selvtransenderende kilder, både vertikale og horisontale (Schnell, 2021). Slike elementer fra sykehusprestens pastorale verktøykasse kan brukes som mulige fortolkningsreferanser for pasientens eget liv (McClure, 2012, s. 273f), og sykehuspresten søker å møte pasientene på de erfaringene og følelsene den enkelte har (Miller-McLemore, 2019, s.2).

Sykehusprestene fortalte om hvordan de kunne bruke ritualer for å gi pasienten anledning til å legge det vanskelige fra seg eller komme i kontakt med egne følelser, jf. artikkel 3.

Betydningen av ritualer har blitt påvist i studier relatert til personer med rusavhengighet, der man fant at ritualisering kunne gi ro og at selvtransendens var viktig for rehabiliteringsprosessen (Sørensen & Lien, 2022). Ritualer kan også medvirke til å få orden på en kaotisk tilværelse (Sørensen et al., 2015). En studie om ritualer ved ulykker viser at ritualer er en måte å skape mening på i form av tilhørighet, retning og verdighet (Danbolt & Stifoss-Hanssen, 2017, s. 358). Gjennom ritualene kan man få styrke til å jobbe videre med det vanskelige og tåle smerten og påkjenningene i den situasjonen man er i, og overlate smerten til en annen eller noe annet (la Cour & Hvidt, 2010; Stålsett & Danbolt, 2018, s. 24).

5.2.3 Sykehuspresten som støttespiller

Sykehusprestene i delstudie 3 ønsket å være støttende og åpne i samtale med pasientene. Å bli møtt med åpenhet og støtte er terapeutisk viktig, spesielt for pasienter i selvmordsrisiko (Michel et al., 2017; Orbach, 2008, s. 306). Å være støttende er et prinsipp i relasjonen mellom sjelesørger og konfident (Cooper-White, 2006; Engedal, 1994; McClure, 2012). Sykehusprestene har gjennom pastoral-klinisk videreutdanning jobbet med den relasjonelle tilnærmingen. Den pastorale tilnærmingen vektlegger en lyttende holdning til pasientens historie, at de er støttende, men også utfordrer og reflekterer sammen med konfidenten (Cooper-White, 2006, s. 234ff; McClure, 2012, s. 273; Miller-McLemore, 2014).

Taushetsplikten syntes ut fra sykehusprestenes vurdering i å gi pasientene trygghet, se artikkel 3. Tryggheten pasientene opplevde var relatert til det at sykehusprestene ikke har plikt til å referere samtaleinnhold til øvrig personale. Dette samsvarer med en annen studie med sykehusprester der sykehusprestene i studien angir taushetsplikten som en særegenhet for sykehuspresten (Grung & Bråten, 2019 s.77). Sykehusprestene er underlagt juridiske føringer som angir hvilken informasjon som ikke skal formidles videre og eventuell informasjon som kan og skal formidles videre (Leer-Salvesen & Andreassen, 2017, s. 168ff), se 2.7.2.

Allikevel kan det i praksis oppstå dilemmaer knyttet til hvordan man skal håndtere taushetsplikten (Leer-Salvesen & Andreassen, 2017, s. 179).

I vår studie så vi at sykehusprestene hadde ulike meninger om hvor langt deres taushetsplikt gikk. Noen tenderte mot absolutt taushetsplikt, andre mente noe kunne formidles videre, jf. artikkel 3. Hovedprinsippet var at pasienten skulle være trygg og ha tillit til at informasjon gitt i samtalen ville bli behandlet forsvarlig av sykehuspresten (Presteforeningen, 2017, s. 8). De juridiske føringene vil imidlertid være en støtte og ramme for sykehuspresten for hvordan vedkommende skal håndtere kunnskap gitt fra pasienten. Et eksempel på dette kunne være at sykehusprestene, på grunn av sin taushetsplikt, ble en type gissel for pasientene når pasientene fortalte om sine selvmordsplaner. Pasientene fortalte dette med begrunnelsen i sykehuspresten sin taushetsplikt. Her kan de juridiske avverge hjemlene være en støtte når pasienten uttrykker selvmordsplaner som sykehuspresten mener mest sannsynlig vil bli utført (Leer-Salvesen & Andreassen, 2017, s. 175f; Straffeloven, 2005§ 196). Balansegangen for sykehuspresten blir dermed å formidle relevant informasjon inn i det tverrfaglige samarbeidet uten å bryte taushetsplikten. Om dette blir nødvendig skal det fortrinnsvis skje i samråd med pasienten (Leer-Salvesen & Andreassen, 2017, s. 145), se 5.2.1.

Vi erfarte at deltakerne i delstudie 2 gikk alene med sine selvmordstanker, noe også behandlerne i delstudie 1 bekreftet. Samtidig var det ikke lett for behandlerne å lytte uten å skulle komme med løsninger, jf. artikkel 1. I suicidologi er behovet for samtaler om eksistensielle temaer underkommunisert (Colucci & Martin, 2008; Jacobsson, 2014; Knizek et al., 2021). Dette bekrefter noen pasienter som sa at de gjerne ønsket å snakke om eksistensielle temaer, men at de ikke fikk den anledningen, jf. artikkel 2. Å utforske den suicidale krisen med sine eksistensielle utfordringer kan være en måte å komme tilbake til livet på, eller rekonstruere sine meningssystemer (Jobes, 2017; Rogers, 2001; Schnell, 2022; Sellin et al., 2016; Vatne & Nåden, 2018, s. 36; Ventegodt & Merrick, 2005). Samtaler og refleksjoner om eksistensielle temaer er videre et fagområde hvor det trengs kompetanse og språk tilpasset temaene (Knizek et al., 2021; Ulland & DeMarinis, 2014). Flere studier innen feltet selvmordsforskning viser behov for et språk som kan kommunisere pasientenes selvmorderfaringer og selvmordstanker for å bedre møte og hjelpe dem i den krisen disse menneskene er i (Beskow et al., 2015; Vatne & Nåden, 2012, s. 309; Vatne & Nåden, 2014, s. 172). Sykehuspresten med sin rolle og kompetanse på området eksistensiell omsorg, kan bidra som en viktig samtalepartner for pasienter i selvmordsrisiko og en betydningsfull kollega i det

tverrfaglige arbeidet på dette feltet i spesialisthelsetjenesten (Frøkedal, 2021, s. 367; Swinton, 2008).

5.3 Kritiske refleksjoner til studien

I følgende kapittel vil funnene som er kommet frem i studien, bli vurdert med tanke på gyldighet, pålitelighet og refleksivitet. Begrepene er sentrale i alt forskningsarbeid, idet man stiller kontrollspørsmål ved prosesser og produkter og fremmer transparens når det gjelder studiens styrker og svakheter (Creswell, 2013; Kvale & Brinkmann, 2015).

5.3.1 Studiens validitet

Ved validering søker forskeren å redegjøre for valg og vurderinger som er gjort gjennom hele forskningsprosessen (Creswell, 2013, s. 250; Kvale & Brinkmann, 2015, s. 277; Thornquist, 2018, s. 246).

5.3.1.1 Intern validitet

Intern validitet søker å styrke funnenes nøyaktighet. I presentasjonen om intern validitet benytter jeg Creswell (2013) sine åtte valideringsstrategier som guide. Disse er som følger: observasjon av forskningsfeltet, triangulering, sjekk av studien fra en ytre stemme, fagfellevurdering («peer review»), klargjøre forskerens forutinntatthet («bias»), informantene syn på fortolkningen av materialet («member checking»), tykke beskrivelser og ekstern konsulent som ser på forskningsprosessen (Creswell, 2013, s. 250-253).

Vi ønsket å utforske et fagområdet som ikke var mye omtalt fra før, derfor valgte vi et kvalitativt design der vi kunne gå mer i dybden med et mindre materiale (Creswell, 2013). Vi valgte å bruke intervjuet (fokusgruppeintervjuer og individualintervjuer) som metode, da dette ville gi oss tilgang på informantenes egne erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2012a).

Fokusgruppens deltakere i delstudie 1 og delstudie 3, se 3.2, reflekterte sammen, stilte spørsmål til hverandre, utdypet og kom med egne praksiserfaringer. Vi som forskere styrte samtalen slik at deltakerne holdt seg til temaene. Vi erfarte at spørsmålene var forståelige og skapte engasjement i gruppene.

De enkelte deltakerne i gruppene i delstudie 1 var kjent innbyrdes, da de jobbet i samme divisjon eller på samme avdeling. Dette gir en form for trygghet som kan skape en friere refleksjon. I etterkant kunne det vært ønskelig at det var flere psykologer eller psykiatere med i gruppene, dette fordi det er de som har hovedansvaret for behandlingssamtalene med

studiens pasientgruppe, selv om også andre faggrupper er med. Jeg hadde en bekymring i forkant av fokusgruppeintervjuene for delstudie 1. Bekymringen var om min nærhet til gruppene som sykehusprest på samme sted som behandlergruppene kunne påvirke samtalen. Funnene viser at denne relasjonen ikke la føringer for eller ga overrepresentasjon av temaer for å blidgjøre sykehuspresten, altså forskeren. Deltakerne i de tre gruppene hadde gode refleksjoner sammen.

I sykehusprestestudien, delstudie 3, jobbet deltakerne på ulike sykehus, også sykehus på ulikt foretaksnivå. Alle sykehusprestene jobbet imidlertid på sykehus hvor det var flere kolleger sammen. Det ble sendt ut invitasjon til sykehus hvor det var kun ansatt én sykehusprest, men tidspunktet passet ikke. Medlemmene i de enkelte gruppene i delstudie 3 kjente hverandre fra før. På den ene siden kunne dette skape åpenhet i gruppen, på den andre siden kunne det forhindre at noen sa noe ufordelaktig

Deltakerne i delstudie 3 visste at jeg også var sykehusprest, og spørsmålet i den forbindelse var om deltakerne unnlot å uttrykke det de mente var selvsagt informasjon. Vi forsøkte å redusere denne usikkerheten ved at vi var to forskere i intervjusituasjonen, og ved at vi stilte utfyllende spørsmål under intervjuet. I analysen av datamaterialet drøftet vi materialet i forskergruppen. På denne måten minsket vi faren for forutinntatthet («bias»).

For alle fokusgruppene ble det gjort oppsummering midtveis og ved slutten av intervjuet. Dette ble gjort for å sikre at vi snakket om det samme, at vi holdt oss til temaene, og at deltakerne kunne kontrollere det som var blitt sagt.

Sykehushumanisten i sykehusprestestudien, delstudie 3, var ansatt i en prosjektstilling ved sykehusets prestetjeneste. Det var interessant å se om vedkommende hadde helt andre innspill om sin tjeneste i sykehusprestekorpset. Materialet viser at denne informanten ikke avvok sterkt fra de andre. Sykehushumanistens bidrag ble slik behandlet på lik linje med de andre sykehusprestene i fokusgruppen. I artikkel 3 har vi med en fotnote knyttet til deltakerens anonymitet, se artikkel 3 og 3.2.3.

Informantene i delstudie 2, kan karakteriseres som en sårbar gruppe, se 3.5. I etterkant ser jeg at deltakerne hadde mange like erfaringer, og at det slik kunne vært interessant å ha benyttet fokusgruppeintervju i delstudie 2. På denne måten kunne pasientene utvekslet erfaringer og gi innspill til hverandre, se 3.3; 3.5 og vedlegg 7.

Da vi ønsket å legge til rette for at deltakere i delstudie 2 skulle fortelle fritt om erfaringene sine, hadde vi etablert relativt få spørsmål i intervjuguiden, se vedlegg 10. Etter at vi hadde

gjennomført et par intervjuer, la vi til et åpningsspørsmål der vi ga informantene en mulighet til å si noe om tiden før selvmordsforsøket. På den måten ble de mer trygge i intervjusituasjonen. Samtidig ga dette oss som forskere et bilde av hva som ledet frem til selvmordsforsøket deres og de utfordringene disse stod i. For å ivareta og trygge informantene foretok vi intervjuene på et rom på sykehuset som var åpent og lyst. Vi tilbød hver enkelt noe å drikke. For to av informantene foretok vi intervjuet i deres eget hjem, etter informantenes eget ønske.

I delstudie 2 spurte vi ikke om hvilken diagnose pasientene hadde, se 3.2.2 og 1.3.5. Målet med samtalen var å høre om eksistensielle temaer ble ivaretatt for pasientene uavhengig av pasientens diagnose. Det kunne vært diskutert om ulike diagnoser ville påvirket behovet for samtaler om ulike eksistensielle temaer.

En utfordring i kvalitativ forskning er at informantene kan holde tilbake informasjon i intervjusituasjonen eller underslå temaer (Haug, 2015, s. 80; Vattø, 2020, s. 97). Å gi deltakerne mulighet for å lese materialet er en måte å få en vurdering av om stoffet er riktig forstått, «member-checking», og er også en form for validering (Creswell, 2013, s. 252). Dette ble ikke gjort for noen av delstudiene. For delstudie 2, ville det ført til for mye arbeid å spore opp pasientene, samtidig som de da kunne være i en ny situasjon som kunne gi nye refleksjoner enn ved første intervjurunde, jf. studiens hermeneutiske design, se 3.1. For fokusgruppene ble ikke dette tematisert, da det ville bli vanskelig å fremskaffe den samme refleksjonen som første gruppe hadde, men det ville også være tidkrevende. Som tidligere nevnt fikk alle deltakerne mulighet til å korrigere det som var blitt sagt, gjennom oppsummeringen midt i og ved avslutningen av intervjuet.

Artiklene ble vurdert av eksterne fagfeller. Kommentarene fra fagfellene («reviewerne») var viktige innspill for det endelige produktet.

5.3.1.2 Ekstern validitet

Ved ekstern validering vurderer vi om funnene kan overføres til andre utvalg og sammenhenger ut over den konteksten studiematerialet ble samlet inn i (Malterud, 2017, s. 24). Samtidig bør man i kvalitative studier være forsiktig med overførbarhet, da utvalget i materialet er relativt lite (Malterud, 2017, s. 66f). Utvalget i denne studien er fra ett helseforetak hva angår delstudie 1. Det ble vurdert i forkant om utvalget skulle gjøres bredere. Ved grupper med homogene fagsammensetninger kunne vi fått frem tydelig om det var forskjellig tenkning og tilnærming fra ulike behandlergrupper, og hvordan de skilte seg fra

hverandre. Hadde utvalget i delstudie 1 og delstudie 2 vært fra flere helseforetak, kunne vi også lagt større vekt på kulturelle ulikheter.

De åtte deltakerne i delstudie 2 var en relativt liten og heterogen gruppe pasienter. Dette kan synes å være få informanter, for eksempel ut fra alder, men også med tanke på tiden mellom selvmordsforsøket og intervjuet. Her kunne vi fått en annen informasjon med et homogent utvalg. Samtidig mener vi at informasjonsstyrken i materialet var god. I den forbindelse støtter vi oss på begrepet «information power» (Malterud et al., 2016). Her tillates færre deltakere, men beskrivelsene som fremkommer er da innholdsriktige (Malterud et al., 2016, s. 1754). En av de ni deltakerne som var spurt, trakk seg, men pasienten hadde da ennå ikke skrevet under på samtykkeskjemaet. Vedkommende ønsket ikke å delta, da hun følte seg psykisk ustabil og var svært dårlig. Vi vurderte underveis om vi trengte flere informanter for å fremme informasjonsstyrken.

Deltakerne i delstudie 3 var fra tre av fire helseforetak, noe som tilsier god ekstern validitet. For alle delstudiene var det en god kjønnsbalanse.

5.3.2 Reliabilitet

Reliabiliteten i et materiale spør om resultatene kan bli reproduisert på et annet tidspunkt av andre forskere (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Den samme analysemetoden ble benyttet for alle tre delstudiene. Dette gjør at man får kjennskap til og forståelse av analysemetoden som verktøy og sikrer reliabiliteten i analyseprosessen. Forskergruppen drøftet sorteringsprinsipper og kodegrupper gjennom analyseprosessen (Malterud, 2017, s. 99).

Transkriberingens kjerne er spørsmålet: Hva er riktig gjengivelse i transkribering? (Kvale & Brinkmann, 2015 kapittel 10). I delstudie 1 og delstudie 2 var det jeg selv som transkriberte materialet. Dette var en utfordrende øvelse fordi jeg ikke hadde trening og erfaring med dette. Noen av lydopptakene hadde dårlig lyd kvalitet enkelte steder. På et av intervjuene ble det problematisk fordi det tekniske sviktet. Jeg hørte først på opptakene for å få en sammenheng, deretter skrev jeg ned teksten etter lydopptakeren. Jeg benyttet veiledning fra Kvale og Brinkman og Malterud (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 204; Malterud, 2017, s. 77). Jeg var bevisst på at informasjon kunne bli borte, for eksempel endring av stemmeleie og latter, samtidig var jeg klar over at transkripsjonene aldri kan erstatte samtalen fullt ut (Fredheim, 2014, s. 91). Medforskerne leste transkripsjonene og kom med tilbakemeldinger der noe var uklart, eller om de syntes noe var uforståelig. Jeg gikk da tilbake til lydfilene for å sjekke hva som ble sagt.

5.3.3 Refleksivitet

I kvalitativt vitenskapelig arbeid er transparens og refleksivitet to sentrale kriterier for å gi leserne informasjon om de betingelser som kunnskapen er utviklet under (Kvale & Brinkmann, 2015). For å møte dette startet jeg avhandlingen med å formidle noe om bakgrunnen for valget av problemstilling og eget ståsted, se kapittel 1. Gjennom forskningsprosessen har jeg vært bevisst på at min egen bakgrunn kan påvirke forskningsprosessen, også kalt «bracketing» (Gadamer, 2013, s. 280; Malterud, 2017, s. 96 /116). For å gjøre forforståelsen min ytterligere tydelig for leseren viser jeg til denne i kapittel 1 og til bakgrunnen for prosjektet også her i dette avsnittet (Malterud, 2017, s. 44ff).

Min stilling som sykehusprest lå til grunn for tilnærmingen til prosjektet. Jeg var interessert i hvordan behandlere generelt snakket om eksistensielle temaer i møte med pasientene. Bakgrunnen for spørsmålet var knyttet til sykehuspresters erfaring generelt, men også debatten om sykehuspresters tilstedeværelse og det livssynåpne samfunnet (NOU 2013: 1, 2013). Spørsmålet jeg stilte, var om de eksistensielle temaene blir borte i møte med hastige produksjonskrav og fremmedgjøring av norsk tradisjonell religiøs og verdimesig tilhørighet. Samtidig var dette en måte å utforske hvordan jeg som luthersk ordinert sykehusprest kan møte endringene i et livssynsåpent samfunn.

Mitt teoretisk utgangspunkt (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 265), og dermed det som kan være retningsgivende i min forforståelse, er at jeg mener en medisinsk/naturvitenskapelig forståelse av selvmord og den som utfører selvmordsforsøket ikke gir tilstrekkelig svar på studiens problemstilling. Den medisinske/naturvitenskapelige kunnskapen man besitter, sammen med humanistisk og samfunnsvitenskapelig tilnærming, kan imidlertid gi en fyldigere forståelse av temaet.

6. Konklusjon

Basert på tre delstudier med henholdsvis behandlere, pasienter og sykehusprester i spesialisthelsetjenesten der alle tre delstudiene hadde et kvalitativt design, var studiens overordnede mål å beskrive og gi en utdypende forståelse av hvordan eksistensielle temaer ivaretas i samtaler med personer i selvmordsrisiko i spesialisthelsetjenesten – med et særlig fokus på sykehusprestens rolle.

Hovedfunnene viste at behandlerne opplevde at eksistensielle temaer var relevante i møte med disse pasientene, men at det var utfordrende å samtale om noen av de eksistensielle temaene. Temaene som ble tatt opp, ble forstått ut fra erfaringene pasienten hadde, men den eksistensielle refleksjonen i møte med pasientene blir utydelig. Videre fant vi at behandlere ønsket å vise empati og forståelse i møte med pasientene når de kom til sykehuset etter et selvmordsforsøk. Vi ser at pasientenes mening i livet var truet eller fraværende i perioden rundt selvmordsforsøket, og at noen aktivt søkte ny mening noe tid etter selvmordsforsøket. Under sykehusoppholdet så vi at pasientene hadde behov for og ønsket å snakke om eksistensielle temaer. Noen pasienter erfarte at viktige temaer ble ivaretatt i samtalene, mens andre pasienter erfarte at temaer som sorg, tap, død og selve selvmordsforsøket ble nedtonet. Noen av pasientene erfarte også at de ble møtt med negative holdninger av sykehuspersonalet når de kom til sykehuset etter selvmordsforsøket. Sykehusprestene belyste temaer som behandlerne samtalte mindre om. Sykehusprestene ivaretok dermed et eksistensielt kommunikasjonsmessig tomrom hos pasientene. De kunne også vise til høy kompetanse på dette feltet i kraft av utdanning og erfaring, men at de allikevel ikke ble trukket inn i samarbeidet om studiens pasientgruppe. Men mens sykehusprestene var tydelige på sin tilnærming til pasientene, ble de mer utydelige i det tverrfaglige samarbeidet med behandlerne. Utydeligheten ble mest fremtredende i forhold til hva de som sykehusprester spesifikt bidro med i samtaler med studiens pasientgruppe.

Studiens eksistensielle perspektiv viser at dialogen i spesialisthelsetjenesten om eksistensielle temaer i møte pasienter i selvmordsrisiko er utydelig, mens pasientene ønsker å samtale om eksistensielle temaer. Studien viser ikke spesifikke forskjeller mellom profesjonsgruppene, bortsett fra mellom sykehusprester og behandlere. Dette perspektivet gir og et bidrag til en bredere tilnærming i suicidfeltets faglige diskurs. Studien viser videre at teorien om mening i livet kan være en konstruktiv tilnærming for å forstå pasientens utfordringer i tiden før og etter selvmordsforsøket (Schnell, 2009; Schnell, 2021). Sykehuspresten, med sin kompetanse på eksistensiell helse blir her en viktig fagperson. De har en praktisk teologisk forankring, for

denne studien relatert til fagområdene chaplaincy og sjelesorg. Her har dette fremkommet gjennom bruk av samtaler, ritualer og bruk av hellige tekster. Sykeprestene kan samtidig bli tydeligere på hva de som faggruppe kan bidra med i det selvmordsforebyggende arbeidet i spesialisthelsetjenesten for å styrke pasientens eksistensielle helse ut fra pasientens kulturelle kontekst (DeMarinis, 2013, 2018). I norsk spesialisthelsetjeneste ønsker man å se pasientene ut fra en helhetlig, personsentrert behandlingsmodell, se 2.1. Med denne bakgrunnen kan sykehusprester med sin tilnærming og kompetanse være en viktig ressurs når man søker å forstå og møte pasienter i selvmordsrisiko på sine eksistensielle utfordringer (Hvidt et al., 2021; la Cour, 2021, s. 189ff; la Cour & Hvidt, 2010; Miller-McLemore, 2019; Schnell, 2021, 2022).

7. Implikasjoner

7.1 Implikasjoner for videre forskning

Klinisk religionspsykologi har gjennom forskning bidratt med å synliggjøre betydningen av eksistensiell tematikk som et viktig fokus når personer er i kriser og ved sykdom (Frøkedal et al., 2019; Haug et al., 2016; Lilja et al., 2016; Stålsett, Engedal, et al., 2010; Vattø, 2020). Dette har også hatt betydning for pastoral omsorg og sykehusprestens arbeid (Danbolt et al., 2021; DeMarinis, 2003, s. 20).

Mye av forskningen innen suicidologi har vært kvantitative studier, der man har undersøkt forekomst og årsakssammenhenger (Hjelmeland, 2013; Hjelmeland, 2022, s. 45f; Kuzmanic, 2012, s. 28). Samtidig er kvalitative tilnærminger fruktbare for å få dybdeforståelse om relevante temaer i feltet. Dette ser vi gjennom flere studier i senere tid (Hagen et al., 2018; Vatne & Nåden, 2012; Vatne & Nåden, 2018; Østlie et al., 2018). Tematikken i gjeldende studie er ett eksempel på et område som er mindre utforsket og derfor etterspurt (Fitzpatrick & Kerridge, 2013; Jacobsson, 2014; Larsen, 2013).

Det er behov for mer forskning i forlengelsen av det vi har funnet i denne studien, problemstillinger som kan undersøkes både kvalitativt og kvantitativt. Dette kan være å utforske hvordan eksistensiell meningsdannelse og vurdering av mening i livet mer eksplisitt kan bidra i det selvmordsforebyggende arbeidet. Hensikten med en slik studie kan være å undersøke hvordan personer i selvmordsrisiko finner mening i livet for å fremme eget livsønske. I forlengelsen av dette ville det være nyttig å se på om behandlere og sykehusprester kan styrke sin kompetanse på dette området.

Et annet tema kunne være på hvilken måte sykehusprester og livssynsbetjening ved en organisert tilstedeværelse kunne bidra til færre reinnleggelser av selvmordsutsatte. Det kunne være interessant å utforske kvantitativt hvordan eksistensielle temaer blir reflektert i behandlingen og hvilke eksistensielle temaer som blir reflektert av spesifikke behandlergrupper i de terapeutiske samtaler. Videre ville det være av interesse å utforske hvilke eksistensielle temaer som er henholdsvis utfordrende eller er lettere å samtale om. Vi kunne også utforsket hvordan samtalens dynamikk utformes mellom dialogpartene, og videre hvilken betydning dette har for pasientenes rehabilitering og opplevelse av mening.

7.2 Kliniske implikasjoner

Avhandlingen indikerer at det trenges forbedringer for å bidra til at samtaler om eksistensielle temaer blir en naturlig del i møte med pasienter i selvmordsrisiko. Et konkret innspill kan være at man i det selvmordsforebyggende arbeidet kan etablere tverrfaglige selvmordsforebyggende team. Sykehuspresten kan da være delaktig på linje med de øvrige faggruppene. Det kan skapes en tydeligere dialog mellom fagfeltene (eksempelvis medisinske avdelinger og psykisk helsevern) for bedre å ivareta pasientenes trygghet og forutsigbarhet i overgangene mellom de ulike behandlingsfasene. Eksistensielle samtalegrupper som terapeutisk tilbud for avhandlingens pasientgruppe kan være fruktbart (Frøkedal, 2020).

En bevisst kompetansebygging for behandlere innen eksistensiell tematikk for å fremme trygghet i samtaler om eksistensielle temaer kan styrke den kliniske samtalen. Å gi pasientene tilbud om samtaler med sykehusprestene/livsytjenesten som en selvfølgerlig praksis vil være relevant, eventuelt at behandlere søker råd hos sykehusprestene/livsytjenesten om hvordan de kan møte pasientens eksistensielle behov.

7.3 Samfunnsmessige implikasjoner

Studiens funn har potensialet for å gi føringer på det nasjonale plan, også da disse legger føringer for behandlerens tilnærming i spesialisthelsetjenesten. Likedan vil obligatorisk helsefaglige undervisningsprogram på høyere utdanningsnivå om selvmord med et eksistensielt perspektiv være et viktig anliggende. Denne studien kan også bidra til at sykehus og samfunn retter oppmerksomheten mot og arbeider mer systematisk med eksistensielle temaer generelt (DeMarinis 2018) og i det selvmordsforebyggende arbeidet spesielt (Fitzpatrick & Kerridge, 2013; Jacobsson, 2014; Larsen, 2013). Selvmord er et sammensatt tema som utfordrer ulike områder både relasjonelt og i et samfunnsmessig perspektiv. Kompleksiteten i selvmordet kan kommuniseres tydeligere i den offentlige debatt.

Når behandlerne i delstudie 1 sier at pasientene ikke har andre å dele sine selvmordstanker med enn dem, synliggjør dette behov for gode relasjoner for dem som går med alvorlige selvmordstanker. Å bistå pasienter i selvmordsrisiko med å søke mening i livet kan blant annet handle om at de får støtte av fagpersoner etter utskrivning fra sykehus, at de får være del i et trygt sosialt fellesskap for å avhjelpe ensomheten mange opplever og at de også kan gjenfinne egent identitet og livslyst etter selvmordsforsøket (Cutcliffe et al., 2012, s. 270; Farstad, 2016, s. 203ff; Schnell, 2021 kap 7; Sellin et al., 2016).

Eksistensiell tematikk bør bli tydelig vektlagt i det nasjonale selvmordsforebyggende arbeidet. Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020 understreker betydningen av samarbeid mellom helsevesen og samfunn (Departementene, 2020a, s. 11), se 2.5. Her kan også Den norske kirke ved menighetsprestene spille en viktig roll med sin kompetanse om selvmord (Lindhardt, 2006; Mason et al., 2016). Samhandlingsreformen på sin side har som hovedansvar å koordinere tjenester mellom kommuner og sykehus, for å gi rett tilbud på rett nivå til rett tid (St. meld. 47 (2008–2009)).

Et eksistensielt perspektiv på selvmord søker å se pasientens utfordringer med en helhetlig pasienttilnærming, der ulike kulturdimensjoner fra mikro- til makronivå trekkes inn (DeMarinis, 2003, s. 41; 2018; Kleinman & Benson, 2006). Å søke å forstå hva som ligger bak et selvmordsforsøk kan skape et konstruktivt fokus i samtaler om selvmord (Hjelmeland, 2022, s. 36/ 86)

Samfunnssamtalen om selvmord vil være tjent med en informativ og konstruktiv tilnærming. Derfor vil sentrale organisasjoner som WHO ha et stort ansvar (WHO, 2022), sammen med andre organisasjoner som jobber for selvmordsforebygging. En slik organisasjon er «National Action Alliance for Suicide Prevention». Denne organisasjonene har 250 ulike nasjonale partnere og jobber på følgende tre ulike hovedområder; for å endre helsevesenet, for å endre samfunnet, og for å endre samtalen om selvmord (National Action Alliance for Suicide Prevention, 2022). I Norge er NSSF (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging) en sentral aktør, sammen med RVTs (De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging), som bidrar med kunnskap, forskning og data til fagområdet. I tillegg er det nasjonale interesseorganisasjoner som VIVAT (Førstehjelp ved selvmordsfare), LEVE (Landsforeningen for etterlatte etter selvmord), Mental helse, m.fl. som bidrar til åpenhet og kunnskapsformidling om temaet. Disse setter på ulike måter lys på problemstillinger, formidler kunnskap og gir selvmord et ansikt blant annet ved at erfaringer fra «vanlige» mennesker formidles. Dette kan igjen skape en konstruktiv åpenhet, debatt og refleksjon utenfor spesialisthelsetjenesten.

Gjennom de ulike aktørene kan også holdninger endres (Fitzpatrick & Kerridge, 2013). Utgangspunktet for at dialogen, se 1.3.3 og 2.7.5, skal være åpen er at pasientene opplever å bli lyttet til, både i de uformelle porøse samtaler (Austad & Johannessen-Henry, 2020), men også i den offentlige debatten. En slik type åpenhet kan gi meningsbærende samtaler generelt og meningsbærende samtaler om krevende livssituasjoner i særdeleshett.

Referanser

- Abbas, S. Q. & Dein, S. (2011). The difficulties assessing spiritual distress in palliative care patients: A qualitative study. *Mental Health, Religion & Culture*, 14(4).
<https://doi.org/10.1080/13674671003716780>
- Agledahl, K. M., Gulbrandsen, P., Førde, R. & Wifstad, Å. (2011). Courteous but not curious: how doctors' politeness masks their existential neglect. A qualitative study of video-recorded patient consultations. *Journal Medicine Ethics*, 37(11).
<https://doi.org/10.1136/jme.2010.041988>
- Ajdacic-Grossa, V., Heppc, U., Seifritza, E. & Bopp, M. (2019). Rethinking suicides as mental accidents: Towards a new paradigm. *Journal of Affective Disorders*, 252, 141–151.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.022>
- American Psychiatric Association (DSM-5). (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5 I(5 utg.). American Psychiatric Association.
- Andersen, A. H., Assing Hvidt, E., Hvidt, N. C. & Roessler, K. K. (2019). Doctor–patient communication about existential, spiritual and religious needs in chronic pain: A systematic review. *Archive for the Psychology of Religion*, 41(3), 277–299.
<https://doi.org/10.1177/0084672419883339>
- Andersen, A. H., Assing Hvidt, E., Hvidt, N. C. & Roessler, K. K. (2020). 'Maybe we are losing sight of the human dimension' - physicians' approaches to existential, spiritual, and religious needs among patients with chronic pain or multiple sclerosis. A qualitative interview-study. *Health Psychology & Behavioral Medicine*, 8(1), 248–269.
<https://doi.org/10.1080/21642850.2020.1792308>
- Andrews, M. (2016). The Existential Crisis. *Behavioral Development Bulletin (Philadelphia, Pa.)*, 21(1), 104–109. <https://doi.org/10.1037/bdb0000014>
- Annon, J. S. (1976). The PLISSIT model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of Sex Education and Therapy*, 2(1), 1–15.
<https://doi.org/10.1080/01614576.1976.11074483>
- Austad, A. (2014). Eksistensiell psykologi. I L. J. Danbolt, L. Engedal, K. Hestad, L. Lien & Stifoss-Hanssen H. (Red.), *Religionspsykologi* (1. utg., s. 143–156). Gyldendal Akademiske.
- Austad, A. (2020). Eksistensielle dimensjoner i sorg. I L. Rykkja & A. Austad (Red.), *Eksistensielle begreper i helse- og sosialfaglig praksis* (s. 117–133). Universitetsforlaget. <https://doi.org/10.18261/9788215035697-2020-07>
- Austad, A. & Johannessen-Henry, C. (2020). Sjelesorg som flerfoldig og flerstemmig praksis: En porøs innsirkling av sjelesorgen med et interkulturelt blikk. *Tidsskrift for Praktisk Teologi*, (1), 67–77.

- Austad, A., Stifoss-Hanssen, H., Borge, L. & Rykkja, L. (2020). Innledning: Det eksistensielle. I L. Rykkja & A. Austad (Red.), *Eksistensielle begreper i helse- og sosialfaglig praksis* (s. 11–22). Universitetsforlaget.
<https://doi.org/https://doi.org/10.18261/9788215035697-2020-01>
- Austad, A. & Stålsett, G. (2007). Klinisk religionspsykologi og psykoterapi: Vitaprojektet. *Psyke & Logo*, 28(2), 805–821.
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7).
<https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>
- Bakhiyi, C., Calati, R., Guillaume, S. & Courtet, P. (2016). Do reasons for living protect against thoughts and behaviors? A systematic review of the literature. *Journal of Psychiatric Research*, 77, 92–108. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.02.019>
- Baumeister, R. (1990). Suicide as Escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90–113.
<https://doi.org/10.1037/0033-295X.97.1.90>
- Baumeister, R., Vohs, K., Aaker, J. & Garbinsky, E. (2013). Some key differences between a happy life and a meaningful life. *The Journal of Positive Psychology*, 8(5), 505–516.
<https://doi.org/10.1080/17439760.2013.830764>
- Belzen, J. A. & Hood, R. (2006). Methodological issues in the psychology of religion: Toward another paradigm? *The Journal of Psychology*, 140(1), 5-28.
<https://doi.org/10.3200/JRLP.140.1.5-28>
- Berglund, S., Åström, S. & Lindgren, B. (2016). Patients' experiences after attempted suicide: A literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(10), 715–726.
<https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1192706>
- Bergmans, Y., Gordon, E. & Eynan, R. (2017). Surviving moment to moment: The experience of living in a state of ambivalence for those with recurrent suicide attempts. *Psychology and Psychotherapy*, 90(4), 633–648. <https://doi.org/10.1111/papt.12130>
- Berthelsen, E. & Stifoss-Hanssen, H. (2014). Eksistensielle samtaler og religiøs betjening i helseinstitusjoner – sykehusprestens rolle og legitimitet IL. J. Danbolt, L. G. Engedal, K. Hestad, L. Lien & H. Stifoss-Hanssen (Red.), *Religionspsykologi* (s. 383–389). Gyldendal Akademiske.
- Beskow, J., Beskow, A. & Ehnvall, A. (2013). *Suicidalitet som problemlösning, olyckshändelse och trauma*. Eurographic group. www.studentlitteratur.se
- Beskow, J., Ehnvall, A., Klensmeden, G. & Nyberg, U. (2015). Självet och suicidaliteten. *Suicidologi*, 20(2), 4-9. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.2382>
- Browning, D. (1996). *A fundamental practical theology: Escribed and strategic proposals*. Fortress Press.

- Browning, D. S. (2019). Phronesis and the rebirth of practical theology (1991). I B. Miller McLemore (Red.), *The Wiley Blackwell Reader in Practical Theology* (s. 331–349). Wiley. (Optrykk av Browning, D.S.; "Toward a fundamental and strategic practical theology ", s.53–74 from Practical theology: Internatinal perspectives, eds. Fredrich Schweiter and Johannes A.van der Ven)
- Cameron, A. Y., Shea, M. T. & Randall, A. B. (2020). Acute shame predicts urges for suicide but not for substance use in a veteran population. *Suicide & Life- Threatening Behavior*, 50(1), 292–299. <https://doi.org/10.1111/sltb.12588>
- Camus, A. (2013). *Sisyfos-myten* ["Le Mythe de Sisyphe"] (6. utg.). Gyldendal, DK. www.gyldendal.dk
- Carey, L., Willis, M., Krikheli, L. & O'Brien, A. (2015). Religion, health, and confidentiality: An exploratory review of the role of chaplains *Journal of Religion and Health*, 54, 676–692. <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9931-2>
- Carter, M. A. (2000). Abining lonliness: An existential perspective on lonliness. *Second Opinion*, 3, 37–54.
- Colucci, E. & Martin, G. (2008). Religion and spirituality along the suicidal path. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 38(2), 229–244. <https://doi.org/DOI:10.1521/suli.2008.38.2.229>
- Cooper-White, P. (2006). Shared Wisdom: Use of the self in pastoral care and counseling (Person, culture, and religion group, American Academy of Religion, November 18, 2005). *Pastoral Psychology*, 55(2), 233–244. <https://doi.org/10.1007/s11089-006-0036-z>
- Cooper-White, P. (2012). Suffering. I B. Miller-McLemore (Red.), *Practical Theology* (s. 23–32). Blackwell Publising.
- Cooper-White, P. (2015). On Listening: Taming the Fox. I F. B. Kelcourse & L. K.B.; (Red.), *Transforming wisdom: Pastoral psychotherapy in theological perspective* (s. 28–43). Wipf and Stock Publisher.
- Coppock, T. E., Owen, J. J., Zagarskas, E. & Schmidt, M. (2010). The relationship between therapist and client hope with therapy outcomes. *Psychother Research*, 20(6), 619–626. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.497508>
- Costanza, A., Amerio, A., Aguglia, A., Escelsior, A., Serafini, G., Berardelli, I., Pompili, M. & Amore, M. (2020). When sick brain and hopelessness meet: Some aspects of suicidality in the neurological patient. *CNS & Neurological Disorders-Drug Targets (Formerly Current Drug Targets-CNS & Neurological Disorders)*, 19(4), 257–263. <https://doi.org/10.2174/1871527319666200611130804>
- Costanza, A., Baertschi, M., Richard-Lepouriel, H., Weber, K., Pompili, M. & Canuto, A. (2020). The presence and the search sonstructs of meaning in life in suicidal patients

- attending a psychiatric emergency department. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 327–327. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00327>
- Cramer, E. M., Tenzek, K. E. & Allen, M. (2013). Translating Spiritual Care in the Chaplain Profession. *67*(1), 1–16. <https://doi.org/10.1177/154230501306700106>
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative Inquiry and research design. Choosing Among Five Approaches*. Sage.
- Cunningham, C. J. L., Panda, M., Lambert, J., Daniel, G. & DeMars, K. (2017). Perceptions of chaplains' value and impact within hospital care teams. *Journal of Religion and Health*, 56, 1231–1247. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0418-9>
- Cutcliff, J., Stevenson, C. & Jackson, S. (2006). A modified grounded theory study of how psychiatric nurses work with suicidal people. *International Journal of Nursing Studies*, 43(7), 791–802. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.09.001>
- Cutcliffe, J., Links, P., Harder, H., Bergmans, Y., Balderson, K., Eynan, R., Ambreen, M. & Neibaum, R. (2012). Understanding the risks of recent discharge: The phenomenological experiences Trying to survive while living under the proverbial “Sword of Damocles”. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 33(5), 265–272. <https://doi.org/DOI:10.1027/0227-5910/a000132>
- Dahl, A. (2020). Psykiatriske klassifikasjonssystemer. I *Psykiske lidelser –faglig forståelse og terapeutisk tilnærming. Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver*. Gyldendal.
- Danbolt, L. J. (2014). Hva er religionspsykologi? Begrepsavklaringer i nordisk kontekst. I L. J. Danbolt, L. G. Engedal, H. Stifoss-Hanssen, K. Hestad & L. L.; (Red.), *Religionspsykologi* (s. 17–31). Gyldendal Akademisk.
- Danbolt, L. J. (2019). Leder. Chaplaincy - temanummer om institusjonsprestetjenesten. *Tidsskrift for Praktisk Teologi 2*, s. 1–3.
- Danbolt, L. J. & Stifoss-Hanssen, H. (2017). Ritual and recovery: Traditions in disaster ritualizing: Ritual and recovery. *Dialog : A Journal of Theology*, 56(4), 352–360. <https://doi.org/10.1111/dial.12355>
- Danbolt, L. J., Zock, H., Austad, A., Grung, A. H. & Stifoss-Hanssen, H. (2021). Existential care in a modern society: Pastoral care consultations in local communities in Norway. *International Journal of Practical Theology*, 25(1), 20–39. <https://doi.org/doi.org/10.1515/ijpt-2020-0027>
- DeMarinis, V. (1998). Att konstruera en tvärkulturell miljö i vården. I *Tvärkulturell vård i livets slutskede. Att möta äldre personer med invandrarbakgrund* (s. 19–84) (Studentlitteratur).
- DeMarinis, V. (2003). Pastoral care, Existential Health, and Existential Epidemiology. A Swedish postmodern case study. I *Pastoral care, existential health, and existential epidemiology. A swedish postmodern case study* (s. 9–52).

- DeMarinis, V. (2008). The impact of postmodernization on existential health in Sweden: Psychology of religion's function in existential public health analysis *Archive for the Psychology of Religion*, 30(1), 57–74. <https://doi.org/10.1163/157361208X316962>
- DeMarinis, V. (2013). Forced migration and meaning-making. *Emotions and Religious Dynamics*, 109–121.
- DeMarinis, V. (2018). Forword IF. Ahmadi & N. Ahmadi (Red.), *Meaning-making methods for coping with serious Illness* (s. X–XVI). London and New York Routledge.
- DeMarinis, V., Ulland, D. & Karlsen, K. (2011). Philosophy's role for guiding theory and practice in clinical contexts grounded in a cultura psychiatry focus: A case study illustration from southern Norway. *World Cultural Psychiatry Research Review*, 6(1), 75–83.
- Den norske kirkes presteforening. (2021). *Fagutvalget for prester i helsesektoren (FAHP)*. Hentet 8 .oktober fra <https://www.prest.no/fagutvalg-for-prester-i-helsesektoren-faph/>
- Departementene. (2020a). *Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 Ingen å miste* Helse -og omsorgsdepartementet,. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-2020-2025/id2740946/>
- Departementene. (2020b). *Vedlegg til handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 Ingen å miste*. Helse-og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/ef9cc6bd2e0842bf9ac722459503f44c/handlingsplan-mot-selvmord_vedlegg.pdf
- Dowling, M. (2007). From Husserl to van Manen: A review of different phenomenological approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 44(1), 131–142. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.11.026>
- Dudas, V. (2020). *Exploring the identity of a group of Assyrian/Syriac young adolescents in Sweden: A mixed-methods study within the discipline of Psychology of Religion and the research field of identity development* [Doktorgradsavhandling] Upsala Universitet, Upsala].
- Durkheim, E. (2012). *Selvmordet* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag. (Opprinnelig utgitt 1897)
- Ekeberg, Ø. (2006). Hva bør gjøres ved selvmordsadferd? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 126(22). <https://tidsskriftet.no/2006/11/leder/hva-bor-gjores-ved-selvmordsadferd>
- Ekeberg, Ø. & Hem, E. (2017). Kronisk suicidal?. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 137(21), 1682–1683. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0630>

- Emmons, R. & Paloutzian, R. (2003). The Psychology of Religion. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 377–402.
<https://doi.org/10.1146/Annurev.psych.54.101601.145024>
- Engedal, L. (1994). Guds hjerte og menneskets sjel. Momenter til analyse av sjelesorgens teologiske og dynamiske egenart *Tidsskrift for sjelesorg*, 14(2), 123–147.
- Engedal, L. (2011). Det religiøse menneske i psykologien – Teorier og posisjoner i religionspsykologisk forskning. *Tidsskrift for Teologi og Kirke* 82(03), 207–225.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2952-2011-03-04>
- Engedal, L. (2014a). Den moderne religionspsykologiens pionerer: William James og Sigmund Freud. I L. J. Danbolt, L. G. Engedal, K. Hestad, L. Lien & H. Stifoss-Hanssen (Red.), *Religionspsykologi* (s. 71–83). Gyldendal Akademiske.
- Engedal, L. (2014b). Posisjoner og teoritradisjoner i religionspsykologisk forskning. Et mulig oversiktsbilde. I L. J. Danbolt, L. G. Engedal, K. Hestad, L. Lien & H. Stifoss-Hanssen (Red.), *Religionspsykologi* (s. 43–58). Gyldendal Akademiske.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science (American Association for the Advancement of Science)*, 196(4286), 129–136.
- Farstad, M. (2016). *Skam. Eksistens, relasjon, profesjon*. Cappelen Damm akademisk.
- Fitchett, G., Nieuwsma, J., Bates, M., Rhodes, J. & Meador, K. (2014). Evidence-based chaplaincy care: Attitudes and practices in diverse healthcare chaplaincy samples. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 20(4), 144–160.
<https://doi.org/10.1080/08854726.2014.949163>
- Fitzpatrick, S. J. & Kerridge, I. H. (2013). Challenges to a more open discussion of suicide. *Medical Journal of Australia*, 198(9), 470–471. <https://doi.org/10.5694/mja12.11540>
- FN-sambandet. (2021, 21. desember,). *Menneskerettighetene*. <https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/fns-verdenserklaring-om-menneskerettigheter>
- Folkehelseinstituttet. (2022, 10. juni). *Selv mord i dødsårsaksstatistikken*. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/tall-fra-dodsarsaksregisteret-2021/#ytte-aarsak-inkl-ulykker-selv-mord-og-narkotikautloestedsfall>
- Follesø, G. S. (2003). Skam og skyld. I T. Anstorp, B. I. Hovland & E. Torp (Red.), *Fra skam til verdighet Teologiske og psykologisk arbeid med vold og seksuelle overgrep* (s. 100–135). Universitetsforlaget.
- Forskningsetikk.no. (2014). *Helsinki deklarasjonen*. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinki deklarasjonen/>
- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid* (Lov-2017-04-28-23). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2017-04-28-23>

- Forskrift om behandling av personopplysninger. (2018). *Forskrift om behandling av personopplysninger* (FOR-2018-06-15-876). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2018-06-15-876>
- Forvaltningsloven. (1967). *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker* (LOV-1967-02-10). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1967-02-10>
- Frances, A. (2013). Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma and the medicalization of ordinary life. *Psychotherapy in Australia*, 19(3), 14–18.
- Frankl, V. E. (1966a). *Kjempende livstro*. Gyldendal.
- Frankl, V. E. (1966b). Self-transcendence as a human phenomenon. *Journal of Humanistic Psychology*, 6(2), 97–106.
- Fredheim, T. (2014). *Fastlegenes behandling og oppfølging av personer med utviklingshemming, slik samarbeidspartnere, pårørende og legene selv opplever det*. [Doktorgradsavhandling], Universitetet i Oslo].
- Frøkedal, H. (2020). *Existential groups led by healthcare chaplains. within norwegian specialist mental health services: Patient and Interdisciplinary perspectives* (Publikasjonsnr. 17) [Doktorgradsavhandling], VID vitenskapelige høyskole]. Oslo.
- Frøkedal, H. (2021). Patients' meaning-making in existential groups led by healthcare chaplains. Bridging pastoral care and psychology of religion. *Tidsskrift for Sjelesorg*, 41(3-4), 352–372.
- Frøkedal, H., Stifoss-Hanssen, H., Ruud, T., DeMarinis, V. & Gondzales, M. T. (2017). Existential group practice run by mental healthcare chaplains in Norway: a nationwide cross-sectional study. *Mental Health, Religion & Culture*, 20(8), 713–727. <https://doi.org/doi.org/10.1080/13674676.2017.1400528>
- Frøkedal, H., Sørensen, T., Ruud, T., DeMarinis, V. & Stifoss-Hanssen, H. (2019). Addressing the existential dimension in treatment settings: Mental health professionals' and healthcare chaplains' attitudes, practices, understanding and perceptions of value. *Archive for the Psychology of Religion*, 41(3), 253-276. <https://doi.org/10.1177/0084672419883345>
- Gadamer, H.-G. (2013). *Truth and Methode*. Bloomsbery Academic.
- Galek, K., Flannelly, K. J., Koenig, H. G. & Fogg, S. L. (2007). Referrals to chaplains: The role of religion and spirituality in healthcare settings. *Mental Health, Religion & Culture*, 10(4), 363–377 <https://doi.org/10.1080/13674670600757064>
- Gearing, R. E. & Alonzo, D. (2018). Religion and suicide: New findings. *Journal of Religion and Health*, 57(6), 2478–2499. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0629-8>

- George, L. & Park, C. L. (2016). Meaning in life as comprehension, purpose, and mattering: Toward integration and new research questions. *Review of General Psychology*, 20(3), 205–220. <https://doi.org/doi/10.1037/gpr0000077>
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology. A modified husserlian approach*. Dusquesne University press.
- Giorgi, A. (2012). The descriptive phenomenological psychological method *Journal of Phenomenological Psychology*, 43(1), 3–12. <https://doi.org/10.1163/156916212X632934>
- Gjelsvik, B. (2017). Fra laboratoriet til terapirommet. *Suicidologi*, 22(3), 22–26.
- Grevbo, T. J. S. (2006). *Sjelesorgens vei : En veiviser i det sjelesørgeriske landskap - historisk og aktuelt*. Luther.
- Grung, A. & Bråten, B. (2019). Chaplaincy and religious plurality in the norwegian context. *Tidsskrift for Praktisk Teologi*, 36(2), 71–80.
- Grung, A., Danbolt, L. J. & Stifos-Hanssen, H. (2016). Sjelesorg på plass. På sporet av dagens sjelesorgspraksis i Den norske kirke. *Tidsskrift for Praktisk Teologi*, 33(1), 28–43. <https://doi.org/10.48626/tpt.v33i1.5188>
- Grunnloven. (1814). *Kongerikets Noregs Grunnlov (Lov-1814-05-17)*. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1814-05-17-nn>
- Gubi, P. M. & Smart, H. (2016). Mental health chaplains: Practioners' perspectives on their value, purpose and function in the UK national health service. *British Journal of Guidance & Counselling*, 44(3), 289–296. <https://doi.org/10.1080/03069885.2016.1174767>
- Gullestad, S. E. & Killingmo, B. (2013). *Underteksten: Psykoanalytisk terapi i praksis* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Hagen, J., Knizek, B. & 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>
- Hagen, J., Knizek, B. & Hjelmeland, H. (2018). Former suicidal inpatients' experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway. *International Journal of Qualitative Stuides on Health and Well-being*, 13(1), 1461514–1461511. <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1461514>
- Hagen, J., Knizek, B. L. & Hjelmeland, H. (2020). "...I felt completely starnded": Liminality and recognition of personhood in the experiences of suicidal women admitted to pscychiatric hopsital. *International Journal of Qualitative Studies on health and Well-being*, 15(1), 1731995–1731995. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1731995>

- Halstensen, K. (2014). Når mennesket knytter bånd til Gud. I L. J. Danbolt, L. Engedal, K. Hestad, L. Lien & H. Stifoss-Hanssen (Red.), *Religionspsykologi* (s. 113–126). Gyldendal Akademiske.
- Halstensen, K., Engedal, L. G., Myrvik, H., Haug, S. H. K., Austad, A., Thomassen, M. & Granqvist, P. (2019). Relasjoner og språk. Psykodynamisk fortolkning av språkets rolle i relasjonsdannelse som bidrag til å forstå grunnlaget for adult attachment interview (AAI). *Matrix Tidsskrift*, 35(1), 35–42.
- Hammerlin, Y. (2016). Et kritisk sideblikk på forebyggingsarbeidet i fortid, nåtid og framtid. *Suicidologi*, 21(1), 35–42.
- Hanevik, H. (2016). *The significance of religiousness in coping with psychosis. A qualitative study* [Doktorgradsavhandling], Universitetet i Oslo.
- Haug, S., Danbolt, L., Kvigne, K. & DeMarinis, V. (2015). Older people with incurable cancer: Existential meaning-making from a life-span perspective. *Palliative and Supportive Care*, 14(1), 20–32. <https://doi.org/doi:10.1017/S1478951515000644>
- Haug, S., DeMarinis, V., Danbolt, L. & Kvigne, K. (2016). The illness reframing process in an ethnic-majority population of older people with incurable cancer: Variations of cultural and existential meaning-making adjustments. *Mental Health, Religion & Culture*, 19(2), 150–163. <https://doi.org/10.1080/13674676.2015.1126705>
- Haug, S. K. (2015). *The illness experiences of older people with incurable cancer in specialized palliative healthcare contexts. The interactions between daily living and existential meaning-making* [Doktorgradsavhandling], MF vitenskapelige høyskole]. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Nasjonalt mandat for kliniske etikkomiteer i helseforetak*. <https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/om/nasjonalt-mandat-kliniske-etikkomiteer-helseforetak.pdf>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2021, 26. mai). *Oversikt over landets helseforetak*. Helse og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/oversikt-over-landets-helseforetak/id485362/>
- Helsedirektoratet. (2014, 30 april). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017* (IS-2182). https://www.regjeringen.no/contentassets/62bf029b047945c89b294f81a7676b04/handlingsplan_selvmord_300414.pdf
- Helsedirektoratet. (2017a). *Selvsmord og selvmordsforsøk under innleggelse* (IS-2675). <https://www.helsedirektoratet.no/laeringsnotat/selvsmord-og-selvsmordsforsok-under-innleggelse>
- Helsedirektoratet. (2017b). *Selvskading og selvmord – veiledende materiell for kommunene om forebygging*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/selvskading-og-selvsmord-veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging>

- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen* (IS-2800). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (Lov-2008-06-44). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v* (Lov-1999-07-02-64). Lovdata. <http://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Henriksen, J. O. (2014). Religionspsykologi som grunnlag for kultur-og religionskritikk. I L. J. Danbolt, L. F. Engedal, K. Hestad, L. Lien & H. Stifoss-Hanssen (Red.), *Religionspsykologi* (s. 59–67). Gyldendal Akademiske.
- Herrestad, H. & Biong, S. (2010). Relational hope: A study of the lived experience of hope in some patients hospitalized for intentional self-harm. *International Journal of Qualitative Studies on Health Well-being*, 5(1), 4651–4659. <https://doi.org/10.3402/qhw.v5i1.4651>
- Hill, P. C., Pargament, K., II, Hood, R. W., McCullough, J. M. E., Swyers, J. P., Larson, D. B. & Zinnbauer, B. J. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30(1), 51–77. <https://doi.org/10.1111/1468-5914.00119>
- Hjelmeland, H. (2013). Suicide research and prevention: The importance of culture in "biological times". I E. Colucci, D. Lester, H. Hjelmeland & B. Park Ben (Red.), *Suicide and culture. Understanding the context*. Hogrefe.
- Hjelmeland, H. (2022). *Selvmondsforebygging: For å kunne forebygge selvmord må vi forstå hva suicidalitet handler om*. Cappelen Damm akademisk.
- Hjelmeland, H., Espeland, B. & Småvik, R. (2014). Om undervisning i selvmordsforebygging ved relevante universitets-og høgskoleutdanninger. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 11(4), 348–357.
- Holgersen, B. (2013). *Mot til å leve Et møte med Paul Tillichs tanker og tro*. Cappelen Damm Akademiske.
- Holmen, J., Espnes, G. A., Håpnes, O., Rangul, V., Svebak, S., Sørensen, T. & Theorell, T. (2016). Jakten på helsefremmende faktorer i epidemiologisk forskning: Eksempler fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). *Norsk Epidemiologi* 26(1-2), 125–137. <https://doi.org/10.5324/nje.v26i1-2.2025>
- Hvidt, N. C., Assing Hvidt, E. & la Cour, P. (2021). Meanings of the "existential" in a secular county: A survey study. *Journal of Religion and Health*. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01253-2>
- Isene, T., Haug, S. K., Stifoss-Hanssen H., Danbolt, L. J., Ødbehr, L. S. & Thygesen, H. (2021). Meaning in life for patients with severe dementia: A qualitative study of healthcare

- professionals' interpretations. *Frontiers in Psychology*, 3734.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.701353>
- Iversen, H. (2022). *Ny praktisk teologi. Kristendommen, den enkelte og kirken* (2. utg.). Eksistensen. (Opprinnelig utgitt 2018)
- Jacobsson, L. (2014). Existentiella samtal lika viktiga som suicid-preventiva risk-bedömningar. *Psykisk Hälsa*, 55(1), 62–66.
- Javed, S. & Munawar, K. (2021). Factors related to suicide among students: a narrative review of psychological literature. *Mental Health Review Journal*, 26(3), 238–246.
<https://doi.org/10.1108/MHRJ-08-2020-0061>
- Jobes, D. A. (2017). Clinical assessment and treatment of suicidal risk: A critique of contemporary care and CAMS as a possible remedy. *Practice Innovations* 2(4), 207–220. <https://doi.org/10.1037/pri0000054>
- Jobes, D. A. & Drozd, J. F. (2004). The CAMS approach to working with suicidal patients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34(1), 73–85.
<https://doi.org/10.1023/B:JOCP.0000010914.98781.6a>
- Jobes, D. A., Wong, S. A., Conrad, A. K., Drozd, J. F. & Neal-Walden, T. (2005). The Collaborative Assessment and Management of suicidality versus treatment as usual: A retrospective study with suicidal outpatients. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 35(5), 483–497. <https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.5.483>
- Kaufman, T. & Danbolt, L. (2020). Hva er praktisk teologi? *Tidsskrift for Praktisk Teologi*, 37(1), 4-18.
- Kealy, D., Treeby, M. S. & Rice, S. M. (2021). Shame, guilt, and suicidal thoughts: The interaction matters. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(3), 414–423.
<https://doi.org/10.1111/bjc.12291>
- Keefner, T. P. & Stenvig, T. (2020). Rethinking suicide risk with a new generation of suicide theories. *Research and Theory for Nursing Practice*, 34(4), 389–408.
<https://doi.org/10.1891/RTNP-D-19-00128>
- Kitzinger, J. (2005). Focus group research: Using group dynamics to explore perceptions, experiences and understandings. I I. Holloway (Red.), *Qualitative Research in Health Care* (s. 56–70). Open University Press.
- Kjølseth, I. (2014). *Eldre og selvmord*. Cappelen Damm akademisk.
- Kleiman, E. M. & Beaver, J. K. (2013). A meaningful life is worth living: Meaning in life as a suicide resiliency factor. *Psychiatry Research*, 210(3), 934–939.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.08.002>
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. University of California Press.

- Kleinman, A. & Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine*, 3(10), 1673–1676.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030294>
- Knizek, B. L., Alsaker, L., Hagen, J., Haugen, G., Lehmann, O., Nilsen, M., Reidunsdatter, R. & Sæther, V. (2021). Meaning-making: A underestimated resource for health? A discussion of the value of meaning-making in the conversation and restoration of health and well-being. *Encyclopaideia. Journal of Phenomenology*, 25(59), 5–18.
<https://doi.org/10.6092.issn.1825-8670/11986>
- Konieczna, A. & Zøllner, L. (2017). *Præsters forebyggelse af selvmordsadfærd blandt sårbare og udsatte grupper*. Center for selvmordsforskning C. f. Selvmordsforskning.
<https://selvmordsforskning.dk/publikation/rapporter/praesters-forebyggelse-af-selvmondsadfaerd-blandt-saarbare-og-udsatte-grupper/>
- Kopacz, M., Claire, A., Morley, S. & Vance, C. (2015). Using Spiritual Distress Scale to Assess Suicide risk in Veterans: An Exploratory Study. *Pastoral Psychology*, 64(3), 381–390.
<https://doi.org/10.1007/s11089-014-0633-1>
- Kopacz, M. S. (2013). Providing Pastoral Care Services in a Clinical Setting to Veterans At-Risk of Suicide. *Journal of Religion and Health*, 52(3), 759–767.
<https://doi.org/10.1007/s10943-013-9693-2>
- Koslander, T., Barbosa da Silva, A. & Roxberg, Å. (2009). Existential and spiritual needs in mental health care An ethical and holistic perspective. *Journal of Holistic Nursing*, 27(1), 34–42. <https://doi.org/10.1177/0898010108323302>
- Kristensen, P. (2013). Sorg som diagnose. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 133(8).
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0005>
- Kuzmanic, M. (2012). *Suicide from an existential-phenomenological perspective: Sense or non-sense?* (Publikasjonsnr. ISBN/EAN:978-90-9026897-2) [Doktorgradsavhandling], University of Ljubljana].
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kørup, A. K., Søndergaard, J., Lucchetti, G., Ramakrishnan, P., Baumann, K., Lee, E., Frick, E., Büssing, A., Alyousefi, N. A., Karimah, A., Schouten, E., Wermuth, I., Hefti, R., de Diego-Cordero, R., Menegatti-Chequini, M. C. & Hvidt, N. C. (2021). Physicians' religious/spiritual characteristics and their behavior regarding religiosity and spirituality in clinical practice: A meta-analysis of individual participant data. *Medicine (Baltimore)*, 100(52), e27750–e27750.
<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000027750>
- la Cour, P. (2014). Tro og alvorlig sygdom-om forskning i nordisk kontekst IL. J. Danbolt, G. Engedal, K. Hestad, L. Lien & H. Stifoss-Hanssen (Red.), *Religionspsykologi* (1. utg., s. 315–326). Gyldendal Akademiske.

- la Cour, P. (2021). *Hvad er vedvarende uforklarede fysiske symptomer?* FADL.
- la Cour, P. & Hvidt, N. C. (2010). Research on meaning-making and health in secular society: Secular, spiritual and religious existential orientations. *Social Science & Medicine*, 71(7), 1292–1299. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.06.024>
- la Cour, P. & Schnell, T. (2016). Presentation of the sources of meaning card method: The SoMeCaM. *Journal of Humanistic Psychology*, 60(1), 20–42. <https://doi.org/10.1177/0022167816669620>
- Lakeman, R. & FitzGerald, M. (2008). How people live with or get over being suicidal: a review of qualitative studies. *Journal of Advanced Nursing*, 64(2), 114–126. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04773.x>
- Lambert, C. E., Troister, T., Ramadan, Z., Montemarano, V., Fekken, G. C. & Holden, R. R. (2020). Psychache predicts suicide attempter status change in students starting university. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 50(3), 668–678. <https://doi.org/10.1111/sltb.12624>
- Larsen, K. (2013). Utelatelse av religiøse og spirituelle faktorer i vurdering av selvmordsrisiko. *Suicidologi*, 18(1), 10–17.
- Lawrence, R., Oquendo, M. & Stanley, B. (2016). Religion and suicide risk: A systematic review. *Archives of Suicide Research*, 20(1), 1–21. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004494>
- Leer-Salvesen, K. & Andreassen, P. M. (2017). Taushetsplikt, meldeplikt og avvergeplikt for sjelesørgere i Den norske kirke *Tidsskrift for Sjelesorg* 37(3-4), 166–182.
- Leontiev, D. (2013). Personal meaning: A challenge for psychology. *The Journal of Positive Psychology*, 8(6), 459–470. <https://doi.org/10.1080/17439760.2013.830767>
- Lester, D. (1997). The Role of Shame in Suicide. *Suicide & Life-Threatening Behaviour*, 27(4), 352–361.
- Levington, C. & Gruba-Mccallister, F. (1993). Survival of Suicide as an Opportunity for Transcendence. *Journal of Humanistic Psychology*, 33(4), 75–88. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/00221678930334009>
- Lilja, A., DeMarinis, V., Lehti, A. & A., F. (2016). Experiences and explanations of mental ill health in a group of devout christians from the ethnic majority population in secular Sweden: A qualitative study. *BMJ Open* 2016, 6(10), e011647. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011647>
- Lindhardt, M. (2006). Præsten og selvmordet [Praesten og selvmordet]. *Suicidologi*, 11(2), 7–10. <https://journals.uio.no/suicidologi/article/view/1721/1597>
- Lloyd, C. S., af Klinteberg, B. & DeMarinis, V. (2016). Emotion regulation and existential meaning-making in young women with mental ill-health concerns. A qualitative study. *Psychological and Behavioral Sciences International Journal*, 1(1), 1–11.

- Lloyd, C. S., DeMarinis, V. & Klinteberg, B. A. (2015). Psychological and existential vulnerability among clinical young women: A quantitative comparison of depression-related subgroups. *Mental Health, Religion & Culture*, 18(4), 259–272. <https://doi.org/10.1080/13674676.2015.1021313>
- Lockman, J. D. & Servaty-Seib, H. L. (2018). Testing the predictions of the existential constructivist theory of suicide in a college student sample. *Journal of Counseling Psychology*, 65(3), 294–307. <https://doi.org/10.1037/cou0000278>
- Magelsen, M., Førde, R., Lillemoen, L. & Pedersen, R. (2020). *Etikk i helsetjenesten*. Gyldendal Akademiske.
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: The scientific foundation of psychotherapy*. Basic Books.
- Malterud, K. (2012a). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag* Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012b). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40 (8), 795–805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Malterud, K. (2016). Theory and interpretation in qualitative studies from general practice: Why and how? *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(2), 120–129. <https://doi.org/10.1177/1403494815621181>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, A. (2016). Sample size in qualitative Interview studies: Guided by information power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Marco, J. H., Guillén, V. & Botella, C. (2016). The buffer role of meaning in life in hopelessness in women with borderline personality disorders. *Psychiatry Research*, 247, 120–124. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.011>
- Marco, J. H., Perez, S. & Garcia-Alandete, J. (2016). Meaning in life Buffers the association between risk factors for suicide and hopelessness in participants with mental disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 72(7), 689–700. <https://doi.org/10.1002/jclp.22285>
- Marin, D. B., Sharma, V., Sosunov, E., Egorov, N., Goldstein, R. & Handzo, G. F. (2015). Relation between chaplain visits and patient satisfaction. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 21(1), 14–24. <https://doi.org/10.1080/08854726.2014.981417>
- Maris, R. (2002). Suicide. *The Lancet*, 360(9329), 319–326. www.thelancet.com

- Marsella, A. J. (2005). Culture and conflict: Understanding, negotiating, and reconciling conflicting constructions of reality. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(6), 651–673. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2005.07.012>
- Martela, F. & Steger, S. (2016). The three meanings of meaning in life: Distinguishing coherence, purpose, and significance. *The Journal of Positive Psychology*, 11(5), 531–545. <https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1137623>
- Martin, J., LaCroix, J. M., Novak, L. A. & Ghahramanlou-Holloway, M. (2020). Typologies of suicide: A critical literature review. *Archives of Suicide Research*, 24(sup1), 25–40. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1564100>
- Mascaro, N. (2014). Meaning sensitive psychotherapy: Binding clinical, existential, and positive psychological perspectives. I A. Batthyany & P. Russo-Netzer (Red.), *Meaning in positive and existential psychology* (s. 269–289). Springer Science+Business. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0308-5_16,
- Mason, K., Geist, M., Kuo, R., Marshall, D. & Wisnes jr, J. D. (2016). Predictors of clergy's ability to fulfill a suicide prevention gatekeeper role. *Journal of Pastoral Care & Counselling*, 70(1), 34–39. <https://doi.org/DOI: 10.1177/1542305016631487>
- McClure. (2012). Pastoral care. I B. J. Miller-McLemore (Red.), *The Wiley-Blackwell Companion to practical theology* (s. 269–278). Blackwell
- Meld. St.19 (2014–2015). *Folkehelsemeldingen Mestring og muligheter*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
- Meld. St. 7 (2019–2020). (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Helse- og omsorgsdepartementet,. <https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 24 (2019–2020). *Lindrende behandling og omsorg Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/>
- Michel, K. & Valach, L. (2011). The narrative interview with the suicidal patient. I K. Michel & D. Jobes (Red.), *Building a therapeutic alliance with the suicidal patient* (s. 63–80). American Psychology Association.
- Michel, K., Valach, L. & Gysin-Maillart, A. (2017). A novel therapy for people who attempt suicide and why we need new models of suicide. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14 (3). <https://doi.org/10.3390/ijerph14030243>
- Miller-McLemore, B. (2014). The contrubutuions of practical theology. I B. Miller-McLemore (Red.), *The Blacwell Companion to practical theology*. MA: Wiley Blacwell.

- Miller-McLemore, B. (2019). General Introduction. I B. Miller-McLemore (Red.), *Practical Theology* (1. utg., s. 1–17). Wiley Blackwell.
- National Action Alliance for Suicide Prevention. (2022). <http://theactionalliance.org>
- Neimeyer, R. A., Klass, D. & Dennis, M. R. (2014). A social constructionist Account of grief: Loss and the narration of meaning. *Death Studies*, 38(8), 485–498.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2014.913454>
- NESH De nasjonale forskningsetiske komiteer. (2021). *Retningslinjer og veiledere*.
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/>
- Nicholl, E., Loewenthal, D. & Gaintanidis, A. (2016). 'What meaning does somebody's death have, what meaning does somebody's life have?' Psychotherapists' stories of their work with suicidal clients. *British Journal of Guidance & Counselling*, 44(5), 598–611.
<https://doi.org/10.1080/03069885.2015.1089430>
- NOU 2013: 1. (2013). *Det livssyns åpne samfunn. En helhetlig tros- og livssyns politikk*. Kulturdepartementet. <http://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2013-1/id711212/>
- NOU 2016: 25. (2016). *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?* Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-25/id2522062/>
- NOU 2017: 16. (2017). *På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/>
- NSD. *Norsk senter for forskningsdata*. <https://www.nsd.no/>
- NSSF. (2017, 1.oktober). *Fakta om selvmordsforsøk*.
https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selvord-selvskading/nssf_fakta-om-selvordsforsok_web.pdf
- NSSF. (2021). *Nasjonalt senter for selvmord og selvmordsforskning*, Universitetet i Oslo, UiO.
<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/>
- NSSF. (2022, 28. juni). *Statistikk for Norge*. <http://www.statistikk-for-2021-nettpresentasjoner-norsk.pdf> (uio.no)
- O'Connor, R. C. & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- O'Connor, R. C., Williams, J., G., M. & Smyth, R., . (2015). Intrapersonal positive future thinking predicts repeat suicide attempts in hospital-treated suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 169–176.
<https://doi.org/10.1037/a0037846>

- O'Connor, R. C. & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*, 1(1), 73–85. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
- O'Connor, T. S. J. & Meakes, E. (2021). Three emerging spiritual practices in the Canadian Association for Spiritual Care (CASC): From pastoral care and counselling to multi-faith, evidence-based spiritual care and psycho-spiritual therapy. *Journal of Pastoral Care & Counselling*, 75(4), 278–283. <https://doi.org/10.1177/15423050211036662>
- Okkenhaug, B. (2002). *Når jeg ser ditt ansikt. Innføring i kristen sjelesorg*. Verbum.
- Opsahl, C. P. (2020). Flerstemmig gudstjeneste postkoloniale perspektiver på liturgi. *Tidsskrift for Praktisk Teologi*, 37(1), 54–66.
- Orbach, I. (2001). Therapeutic empathy with suicidal wish: Principles of therapy with suicidal individuals. *The American Journal of Psychotherapy*, 55(2), 166–184. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2001.55.2.166>
- Orbach, I. (2008). Existentialism and suicide. I A. Tomer, G. T. Eliason & P. T. P. Wong (Red.), *Existential and spiritual issues in death attitudes* (s. 281–316). Taylor and Francis Group, LLC.
- Orbach, I., Mikulinger, M., Gilboa-Schechtman, E. & Sirota, P. (2003). Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning. *Suicide & Life-Threatening Behaviour*, 33(3), 231–241.
- Paloutzian, R. F. & Park, C. L. (2021). The psychology of religion and spirituality: How big the tent? *Psychology of religion and spirituality*, 13(1), 3–13. <https://doi.org/10.1037/rel0000218>
- Pargament, K., Ensig, D., Kathryn, F., Olsen, H., Reilly, B., Van Kimberly, H. & Warren, R. (1990). God help me: (I): Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *American Journal of Community Psychology*, 18(6), 793–824. <https://doi.org/10.1007/BF00938065>
- Pargament, K. I. (2011). Religion and coping: The current state of knowledge. I S. Folkman (Red.), *The Oxford handbook of stress, health, and coping* (s. 269–288). Oxford University Press.
- Park, C. L. (2010). Making Sense of the Meaning Literature: An Integrative Review of Meaning Making and Its Effects on Adjustment to Stressful Life Events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257–301. <https://doi.org/10.1037/a0018301>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (Lov-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Patterson, A. A. & Holden, R. R. (2012). Psychache and suicide ideation among men who are homeless: A test of Shneidman's model. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 42(2), 147–156. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00078.x>
- Pattison, S. (2005). *Shame. Theory, Therapy, Theology*. Cambridge University Press.

- Pedersen, H. F., Birkeland, M. H., Jensen, J. S., Schnell, T., Hvidt, N. C., Sørensen, T. & la Cour, P. (2018). What brings meaning to life in a highly secular society? A study on sources of meaning among danes. *Scandinavian Journal of Psychology*, 59(2), 13. <https://doi.org/10.1111/sjop.12495>
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger* (Lov-2018-06-15-38). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2018-06-15-38>
- Prause, D., Sørli, V., Danbolt, L. J. & Tornøe, K. A. (2020). The challenge of being present and inclusive: Chaplains' experiences with providing existential care to older persons with acquired deafblindness. *Frontiers in Education* 5(541498). <https://doi.org/10.3389/educ.2020.541498>
- Presteforeningen. (2017). *Profesjonsetikk for prester. Den norske kirkes presteforening*
- Presteforeningen. (2021). <https://www.prest.no/>
- Rasic, D., Belik, S.-L., Elias, B., Katz, L., Enns, M., Sareen, J. & Swampy Cree Suicide Prevention Team. (2009). Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample. *Journal of Affective Disorders*, 114(1-3), 32–40. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.08.007>
- Rasic, D. T., Kisely, S. & Langille, D. B. (2011). Protective associations of importance of religion and frequency of service attendance with depression risk, suicidal behaviours and substance use in adolescents in Nova Scotia, Canada. *Journal of affective disorders*, 132(3), 389-395. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.007>
- Rasic, D. T., Robinson, J., Bolton, J., Bienvenu, O. & Sareen, J. (2011). Longitudinal relationships of religious worship attendance and spirituality with major depression, anxiety disorders, and suicidal ideation and attempts: Findings from Baltimore epidemiologic catchment area study. *Journal of Psychiatric Research*, 45(6), 848–854. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.014>
- Rasmussen, M. L., Haavind, H., Dieserud, G. & Dyregrov, K. (2014). Exploring Vulnerability to Suicide in the Developmental History of Young Men: A Psychological Autopsy Study. *Death Studies*, 38(9), 549-556. <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.780113>
- Rogers, J. (2001). Theoretical grounding: The "missing link" in suicide research. *Journal of Counselling and Development*, 79(1), 16–25.
- Rogers, J. R. (2003). The anatomy of suicidology: A psychological science perspective on the status of suicide research. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 33(1), 9–20. <https://doi.org/10.1521/suli.33.1.9.22783>
- ROP: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk helse. (2021). *Kulturformuleringsintervjuet, KFI*. <https://rop.no/kartleggingsverktøey/kulturformuleringsintervjuet-kfi/>

- Rund, D. A. (1984). Attitudes of the emergency physician towards and diagnostic evaluation of suicide attempters. *Death Education*, 8(6), 1–16. <https://doi.org/10.1080/07481188408252484>
- Ryberg, W., Fosse, R., Zahl, P. H., Brorson, I., Møller, P., Landrø, N. I. & Jobes, D. (2016). Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) compared to treatment as usual (TAU) for suicidal patients: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(1), 481–481. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1602-z>
- Saxegaard, F. (2020). Leder. *Tidsskrift for Praktisk Teologi*, 37(1), s. 3–4.
- Schechter, M., Ronningstam, E., Herbstam, B. & Goldblatt, M. (2019). Psychotherapy with suicidal patients: The integrative psychodynamic approaches of the Boston Suicide Study Group. *Medicina*, 55(6). <https://doi.org/10.3390/medicina55060303>
- Schnell, T. (2009). The Sources of Meaning and Meaning in Life Questionnaire (SoMe): Relations to demographics and well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 4(6), 483–499.
- Schnell, T. (2010). Existential indifference: Another quality of meaning in life. *Journal of Humanistic Psychology*, 50(3), 351–373. <https://doi.org/10.1177/0022167809360259>
- Schnell, T. (2011). Individual differences in meaning-making: Considering the variety of sources of meaning, their density and diversity. *Personality and Individual Differences*, 51(5), 667–673. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.06.006>
- Schnell, T. (2014). Meaning in life operationalized: An empirical approach to existential psychology. I S. Kreitler & T. Urbánek (Red.), *Conceptions of meaning* (s. 174–194). Nova Science Publishers.
- Schnell, T. (2015). Mening og livsbetydning: Tilgang til en eksistensielt orientert sjelesorg og rådgivning. *Tidsskrift for Sjelesorg*, 2, 151–172.
- Schnell, T. (2021). *The psychology of meaning in life*. Routledge.
- Schnell, T. (2022). Suffering as meaningful choice. An existential approach. I A. Austad & L. J. Danbolt (Red.), *Ta vare En bok om diakoni, sjelesorg og eksistensiell helse Festskrift til Hans Stifoss-Hanssen* (s. 3–15). VID vitenskapelige høyskole. <https://hdl.handle.net/11250/3001282>
- Schnell, T., Gerstner, R. & Krampe, H. (2018). Crisis of meaning predicts suicidality in youth independently of depression. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 39(4), 294–303. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000503>
- Schnell, T., Höge, T. & Pollet, E. (2013). Predicting meaning in work: Theory, data, implications. *The Journal of Positive Psychology*, 8(6), 543–554. <https://doi.org/10.1080/17439760.2013.830763>
- Sellin, L., Asp, M., Wallsten, T. & Gustin, L. (2016). Reconnecting with oneself while struggling between life and death: The phenomenon of recovery as experienced by persons at

- risk of suicide. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(2), 200–207.
<https://doi.org/10.1111/inm.12249>
- Shneidman, E. (1993). Commentary: Suicide as Psychache. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(3), 145–147. <https://doi.org/10.1097/00005053-199303000-00001>
- Shneidman, E. (1998). Perspectives on suicidology. Further reflections on suicide and psychache. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 28(3), 245–250.
<https://doi.org/https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1943-278X.1998.tb00854.x>
- Silverman, M. M. (2006). The language of suicidology. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 36(5), 519–532. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.5.519>
- Silverman, M. M. & De Leo, D. (2016). Why there is a need for an international nomenclature and classification system for suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 37(2), 83–87. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000419>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Psykisk helsevern for voksne Distriktpsykiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen* (IS-1388). www.shdir.no
- Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (IS-1511).
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (Lov-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- St. meld. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen Rett behandling-på rett sted-til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Stifoss-Hanssen, H., Danbolt, L. & Frøkedal, H. (2019). Chaplaincy in Northern Europe An overview from Norway. *Tidsskrift for Praktisk Teologi*, 36(2), 60–70.
- Stifoss-Hanssen, H., Grung, A., Austad, A. & Danbolt, L. (2019). Sjelesorg i bevegelse – kerygmatiske, konfidentorientert, dialogisk sjelesorg – møte mellom teoretiske posisjoner og et empirisk materiale *Tidsskrift for Sjelesorg* 39(3-4), 320–334.
- Straffeloven. (2005). *Lov om straff* (LOV-2005-05-20-28). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/2005-05-20-28>
- Strang, S., Hensch, I., Danielson, E., Browall, M. & Melin-Johansson, C. (2014). Communication about existential issues with patients close to death-nurses' reflections on content, process and meaning. *Psycho-Oncology*, 23(5), 562–568.
<https://doi.org/10.1002/pon.3456>

- Stålsett, G., Austad, A., Gude, T. & Martinsen, E. (2010). Existential issues and representations of God in psychotherapy: A naturalistic study of 40 patients in the VITA treatment model. *Psyche & Geloof*, 21(2), 76–91.
- Stålsett, G. & Danbolt, L. (2018). Sjelesorg og ritualisering – muligheter og begrensninger i samarbeid med terapi. . *Kritisk forum for Praktisk Teologi* , 38(151), 12–31.
- Stålsett, G. & Danbolt, L. J. (2022). Tilgivelse og sjelesorg, kunst og hardt arbeid. I A. Austad & L. J. Danbolt (Red.), *Ta vare En bok om diakoni, sjelesorg og eksistensiell helse festskrift til Hans Stifoss-Hanssen* (s. 171–183). VID vitenskapelig høgskole. <https://hdl.handle.net/11250/3001282>
- Stålsett, G., Engedal, L. G. & Austad, A. (2010). The persecuting God and the crucified self: The case of Olav and the transformation of his pathological self-image. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 6(2), 49–100. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v6i2.1024>
- Suto, M. J. & Smith, S. (2014). Spirituality in bedlam: Exploring professional conversations on acute psychiatric units. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(1), 18–28. <https://doi.org/10.1177/0008417413516931>
- Swift, C. (2015a). Health care chaplaincy. I C. Swift, M. Cobb & A. Todd (Red.), *A handbook of chaplaincy studies. Understanding spiritual care in public places* (s. 163-174). ASHGATE.
- Swift, C. (2015b). 'I tried to kill myself. Will God keep me apart from the person I love in the life-after?': June, a 78-year-old woman who attempted suicide. I G. Fitchett & S. Nolan, . (Red.), *Spiritual care in practice: Case studies in healthcare chaplaincy* (s. 133–153). Jessica Kingsley
- Swinton, J. (2008). Rediscovering mystery and wonder: Toward a narrative-based perspective on chaplaincy. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 13(1), 223–236. https://doi.org/10.1300/Jo80v13n01_06
- Sykehuset Innlandet HF. (2021). *Åndelig omsorg og prestetjeneste i Sykehuset Innlandet*. Sykehuset-Innlandet.
- Sørensen, T., la Cour, P., Danbolt, L., Stifoss-Hanssen, H., Lien, L., DeMarinis, V., Pedersen, H. & Schnell, T. (2019). The Sources of Meaning and Meaning in Life Questionnaire in the norwegian context: Relations to mental health, quality of life, and self-efficacy. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 29(1), 32–45. <https://doi.org/10.1080/10508619.2018.1547614>
- Sørensen, T. & Lien, L. (2022). Significance of Self-Transcendence for Rehabilitation and Relapse Prevention among Patients with Substance Use Disorder: A Qualitative Study. *Religions*, 491(6), 13. <https://doi.org/10.3390/rel13060491>
- Sørensen, T., Lien, L., Landheim, A. & Danbolt, L. (2015). Meaning-Making, religiousness and spirituality in religiously founded substance misuse services—A qualitative study of

- staff and patients' experiences. *Religions*, 6(1), 92–106.
<https://doi.org/10.3390/rel6010092>
- Tallaksen, D. W. & Lindmark, J. (2013). Godt utført førstehjelp kan representere et vendepunkt for personer med selvmordstanker! *Suicidologi*, 18(1), 30–33.
<http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/tidsskrift/2013/nr1/tallaksen.pdf>
- Tedeschi, R. G., Cann, A., Taku, K., Senol-Durak, E. & Calhoun, L. G. (2017). The posttraumatic Growth Inventory: A revision integrating existential and spiritual change: Posttraumatic Growth Inventory and spiritual change. *Journal of Traumatic Stress*, 30(1), 11–18. <https://doi.org/10.1002/jts.22155>
- The European Network of Health Care Chaplaincy. (2019). *European Network of Health Care Chaplaincy* <http://www.enhcc.eu/members.htm> /
- Thomsen, K., Hvidt, N. C. & Søndergaard, J. (2019). New wine in new leather bags? Hospital shaplaincy in Northern Europe - The Danish case. *Tidsskrift for Praktisk Teologi*, 36(2), 46–59.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Timmins, F., Caldeira, S., Murphy, M., Pujol, N., Sheaf, G., Weathers, E., Whelan, J. & Flanagan, B. (2017). The role of the healthcare chaplain: A literature review. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 24(3), 87–106.
<https://doi.org/10.1080/08854726.2017.1338048>
- Torbjørnsen, T. (2014). Religiøs mestring. I L. J. Danbolt, L. G. Engedal, K. Hestad, L. Lien & H. Stifoss-Hanssen (Red.), *Religionspsykologi* (s. 127–141). Gyldendal Akademiske.
- Torbjørnsen, T., Pargament, K. I., Stifoss-Hanssen, H., Hestad, K. A. & Danbolt, L. J. (2021). “If you and I and our Lord . . .”: A qualitative study of religious coping in Hodgkin’s disease. *Archive for the Psychology of Religion*, 43(1), 3–20.
<https://doi.org/10.1177/0084672420983482>
- Trossamfunnsloven. (2021). *Lov om tros- og livssynssamfunn* (LOV-2020-04-24-31). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/2020-04-24-31>
- Turecki, G. & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*, 387(10024), 1227–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
- Ulland, D. & DeMarinis, V. (2014). Understanding and working with existential information in a norwegian adolescent psychiatry context: A need and a challenge. *Mental Health, Religion & Culture*, 17(6), 586–593. <https://doi.org/10.1080/13674676.2013.871241>
- Van Uden, M. & Pieper, J. (2003). Clinical psychology of religion: A training model. *Archive for the Psychology of Religion*, 25(1), 155–164.
<https://doi.org/10.1163/157361203X00110>

- Vatne, M. & Nåden, D. (2012). Finally, it became too much – experiences and reflections in the aftermath of attempted suicide. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), 304–312. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00934.x>
- Vatne, M. & Nåden, D. (2014). Patients' experiences in the aftermath of suicidal crises. *Nursing Ethics*, 21(2), 163–175.
- Vatne, M. & Nåden, D. (2016). Experiences that inspire hope: Perspectives of suicidal patients. *Nursing Ethics*, 25(4), 444–457. <https://doi.org/10.1177/0969733016658794>
- Vatne, M. & Nåden, D. (2018). Jeg ville dø, men er jo glad jeg lever: En studie av pasienters refleksjoner etter selvmordsforsøk. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 15(1), 27–39. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-01-04>
- Vattø, I., Haug, S. H., DeMarinins, V., Lien, L. & Danbolt, L. J. (2020). The significance ascribed to contacting a diaconal suicide-prevention crisis line in Norway: A qualitative study. *Mental Health, Religion & Culture*, 23(2), 113–126. <https://doi.org/10.1080/13674676.2020.1763281>.
- Vattø, I. E. (2020). *A qualitative study of the support offered by a diaconal suicide prevention crisis line in Norway and the role of the volunteers in service- delivery from the perspective of Kirkens SOS volunteers and callers* [[Doktorgradsavhandling], MF vitenskapelige høyskole]. Oslo.
- Ventegodt, S. & Merrick, J. (2005). Suicide from a holistic point of view. *The Scientific World Journal*, 5, 759–744. <https://doi.org/10.1100/tsw.2005.93>
- Verrocchio, M. C., Marcehetti, D., Carrozzino, D. & Aamund, K. T. A. (2016). Mental pain and suicide: A systematic review of the literature. *Frontiers in Psychiatry*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00108>
- Vohs, K. D. A., J. L.; & Catapano, R. (2019). It's not going to be that fun: Negative experiences can add meaning to life. *Current Opinion in Psychology*, 26, 11–14. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.04.014>
- Wagani, R. & Colucci, E. (2018). Spirituality and Welbeing in the Context of a Study on Suicide revention in North India. *Religions*, 9(183), 1–18. <https://doi.org/10.3390/rel9060183>
- Walby, F., Myhre, M. & Kildahl, A. (2018). *1910 døde pasienter: Selvmord i psykisk helsevern og tverrfagligspesialisert rusbehandling 2008 til 2015– en nasjonal registerstudie. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Universitetet i Oslo. www.uio.no/kartleggingssystemet
- Walby, F., Myhre, M. & Kildahl, A. (2020). *Selvmord under og etter kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2009 til 2017 – En nasjonal registerstudie*. . Nasjonalt senter for selvmord og selvmordsforebygging/UiO. <https://www.duo.uio.no/handle/10852/77679>

- Westerink, H. (2013). Introduction: Religious and Spiritual Constructs of Meaning and Transformation. I H. Westering (Red.), *Constructs of meaning and religious transformation. Current issues in the psychology of religion* (Bd. 4, s. 319). Vienna University Press.
- WHO. (2018). *ICD-11: International classification of diseases 11th revision*. World Health Organization. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f219257631>
- Wiklander, M., Samuelsson, M. & Åsberg, M. (2003). Shame reactions after suicide attempt. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 293–300.
- World Health Organization. (2014, 17.august). *Preventing suicid. A global imperative*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
- World Health Organization. (2021a). *Suicide prevention*. https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1;
- World Health Organization. (2021b, 16. Juni 2021). *Suicide worldwide in 2019 Global health estimate*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- Wulff, D. (2019). Psychology of religion. I D. Leeming (Red.), *Encyclopedia of psychology and religion* (s. 6). Springer-Verlag GmbH https://doi.org/10.1007/978-3-642-27771-9_542-2
- Wulff, D. (1997). *Psychology of Religion. Classic & Contemporary* (2. utg.). Wiley.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy* (M. Solli, Overs.). Basic Books.
- Yalom, I. D. (2002). Religion and psychiatry. *American Journal of Psychotherapy*, 56(3) , 301–316. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2002.56.3.301>
- Zock, H. (2022). What's in a name? conceptual reflections from a dutch perspective. I A. Austad & L. J. Danbolt (Red.), *Ta vare En bok om diakoni, sjelesorg og eksistensiell helse festskrift til Hans Stifoss-Hanssen* (s. 127–138). VID vitenskapelig høgskole.
- Østlie, K., Stänicke, E. & Haavind, H. (2018). A listening perspective in psychotherapy with suicidal patients: Establishing convergence in therapists and patients private theories on suicidality and cure. *Psychotherapy Research*, 28(1), 150–163. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1174347>

VEDLEGG

- Vedlegg 1 REK-søknad
- Vedlegg 2 NSD-søknad m/svar
- Vedlegg 3 brev til avdelingssjefer og -sykepleiere, SI Gjøvik, delstudie 1
- Vedlegg 4 brev til enhetsledere, DPS Gjøvik psykalmen/-akutt og akuttambulans enhet, delstudie 1
- Vedlegg 5 brev til enhetsleder, DPS Gjøvik poliklinikk, delstudie 1
- Vedlegg 6 samtykkeskjema behandlere, delstudie 1
- Vedlegg 7 intervjuguide behandlere, delstudie 1
- Vedlegg 8 brev til behandlere på DPS for inklusjon av pasienter, delstudie 2
- Vedlegg 9 samtykkeskjema pasienter, delstudie 2
- Vedlegg 10 intervjuguide pasienter, delstudie 2
- Vedlegg 11 brev til sykehusprester, delstudie 3
- Vedlegg 12 samtykkeskjema sykehusprester, delstudie 3
- Vedlegg 13 intervjuguide sykehusprester, delstudie 3

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Hege Holde Andersson	22845514	17.12.2015	2015/2156 REK sør-øst B
			Deres dato:	Deres referanse:
			27.10.2015	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Lars Johan Danbolt
Sykehuset innlandet HF

2015/2156 Eksistensielle tema i samtaler med pasienter med selvmordsrisiko.

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 25.11.2015. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

Forskningsansvarlig: Sykehuset innlandet HF
Prosjektleder: Lars Johan Danbolt

Prosjektleders prosjektbeskrivelse

"Det dør ca. 500 personer av selvmord årlig i Norge. I tillegg kommer de som ikke lykkes, pasienter med selvmordsrisiko. Studien vil undersøke hvordan eksistensielle tema reflekteres i samtalen mellom pasienter med selvmordsrisiko og henholdsvis behandlere og sykehusprester. Eksistensielle temaer defineres som refleksjoner knyttet til livet og døden i pasientens liv. Fra Sykehuset Innlandet HF rekrutteres pasienter med selvmordsrisiko og behandlere, i tillegg til sykehusprester fra spesialistsykehus i Norge. Det gjøres kvalitative dybdeintervjuer blant pasienter og ellers fokusgruppeintervjuer som analyseres med systematisk tekstkondensering. Denne studien vil bidra med ny kunnskap vedrørende samtaler om eksistensielle tema hos pasienter med selvmordsrisiko. Studien vil belyse pasienters opplevelse og beskrivelse av slike samtalers betydning og funksjon samt behandleres og sykehusprestens praksis og forståelse angående samtaler omkring eksistensielle spørsmål ifm med selvmordsforsøk."

Komiteens vurdering

I søknaden skriver prosjektleder at studien vil bidra med ny kunnskap vedrørende samtaler om eksistensielle tema hos pasienter med selvmordsrisiko. Studien vil belyse pasienters opplevelse og beskrivelse av slike samtalers betydning og funksjon samt behandleres og sykehusprestens praksis og forståelse angående samtaler omkring eksistensielle spørsmål i forbindelse med selvmordsforsøk.

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning, det vil si «virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom», jf. helseforskningsloven § 2, jf. § 4. Komiteen anser dermed at det omsøkte prosjektet ikke omfattes av helseforskningslovens virkeområde. Det kreves ingen forhåndsgodkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet.

Vedtak

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning, og det faller derfor utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2.

Klageadgang

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

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Med vennlig hilsen

Grete Dyb
førsteamanuensis dr. med.
leder REK sør-øst B

Hege Holde Andersson
komitésekretær

Kopi til:

- *Fungerende Forskningsdirektør Knut Hestad, Sykehuset innlandet HF*
- *Sykehuset Innlandet HF ved øverste administrative ledelse*

Ane Inger Bondahl Sørberg
Sykehuset Innlandet HF, Gjøvik

2819 GJØVIK

Vår dato: 13.01.2016

Vår ref: 46264 / 3 / AGL

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.12.2015. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 12.01.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

46264 *Eksistensielle tema i samtaler med pasienter med selvmordsrisiko.
"Existential themes in conversation with persons with suicide risk - With
special focus on hospital chaplains contribution in the specialist healthcare
service. A qualitative study*

Behandlingsansvarlig *Sykehuset Innlandet HF, ved institusjonens øverste leder*
Daglig ansvarlig *Ane Inger Bondahl Sørberg*

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.08.2019, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Audun Løvlie

Kontaktperson: Audun Løvlie tlf: 55 58 23 07

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Vedlegg: Prosjektvurdering



Formålet er å undersøke samtaler om eksistensielle tema hos pasienter med selvmordsrisiko. Studien vil belyse pasienters opplevelse og beskrivelse av slike samtalers betydning og funksjon samt behandleres og sykehusprestens praksis og forståelse angående samtaler omkring eksistensielle spørsmål ifm selvmordsforskning.

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet. Vi ber likevel om at følgende tilføyes:

- Dato for prosjektslutt (31.08.2019)
- Dato for anonymisering (31.08.2024)

Revidert informasjonsskriv skal sendes til personvernombudet@nsd.no før utvalget kontaktes.

Data innhentes ved personlig intervju. Vi minner om at det av hensyn til behandleres, helsearbeideres og sykehusprestens taushetsplikt ikke kan fremkomme identifiserbare opplysninger om enkeltpasienter. Vi anbefaler at forsker minner informanten om dette ifm. intervjuet.

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Sykehuset Innlandet HF sine interne rutiner for datasikkerhet.

Det oppgis at indirekte personopplysninger publiseres. Personvernombudet legger til grunn at det foreligger eksplisitt samtykke fra den enkelte til dette og at informasjonsskrivet i så fall tilpasses dette. Vi anbefaler at deltakerne gis anledning til å lese igjennom egne opplysninger og godkjenne disse før publisering.

Forventet prosjektslutt er 31.08.2019. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lyd-/bilde- og videoopptak

Til avdelingssjefer og avdelingssykepleiere, SI Gjøvik.

Gjøvik 22.12.15

Søknad om innpass for forskning på SI Gjøvik våren 2016

Jeg er doktorgradsstipendiat ved forskningsavdelingen i Sykehuset Innlandet (SI) og skal gjennomføre en studie om betydningen av eksistensielle samtaler for personer i selvmordsrisiko. Prosjektet er helfinansiert av SI. Målet for prosjektet er å få fram ny kunnskap med selvmordsforebyggende relevans.

Forskningsspørsmålet for studiens delprosjekt I er: Hvilke eksistensielle temaer kommer opp, og hvordan reflekteres disse temaene i samtaler mellom personer i selvmordsrisiko og behandlere?

Med eksistensielle temaer menes eksempelvis mening og meningsløshet, død og liv, ensomhet og relasjoner, ansvar og skyld, osv. Det finnes etter hvert mye kunnskap som tilsier at eksistensielle temaer kan være påtrengende ved suicidalitet. Dette er imidlertid lite utforsket i norsk sammenheng.

Hensikten med denne henvendelsen er å be om innpass på SI Gjøvik, for å rekruttere personell til et fokusgruppeintervju, der samtalen omhandler studiens forskningsspørsmål. Det er ønskelig med deltakere fra kirurgisk-, og medisinskavdeling, intensiv og mottagelsen, to deltagere fra hver avdeling. Det ønskes fortrinnsvis leger, sykepleiere, og eventuelt andre yrkesgrupper som gjennom sitt arbeid har erfaring med å snakke med pasienter i selvmordsrisiko. Det vil være hensiktsmessig om avdelingene får til en balansert kjønnsfordeling av deltakerne.

Fokusgruppeintervju er en anerkjent kvalitativ forskningsmetode. Fokusgruppeintervjuet innebærer at deltakerne reflekterer sammen og utveksler erfaringer og kunnskap om det temaet som fokuseres. Intervjuet ledes av undertegnede, sammen med en veileder som er observatør. Det blir gjort lydopptak for videre transkribering og kvalitative analyser. All informasjon blir anonymisert. Et fokusgruppeintervju varer vanligvis 90 minutter. Hvis det passer for avdelingen, kan vi legge samtalen til lunsjtid. Vi vil bidra med noe å spise til deltagerne. Erfaringen med fokusgruppeintervju er at de som deltar ofte opplever dette som svært interessant og faglig givende.

Er det ønskelig kommer jeg til avdelingen for å gi informasjon om prosjektet, på et tidspunkt som passer dere. Etter dette vil behandlere bli spurt om å delta. Tidspunktet for intervjuet avtales, eventuelt i samråd med respektive ledere. Siktemålet er å gjøre fokusgruppeintervjuet i siste halvdel av februar 2016. Prosjektet er meldt Norsk senter for forskningsdata, NSD. Oppstart av studien forutsetter positivt svar fra NSD. Det er tjenlig at innpass på SI Gjøvik avklares slik at vi raskets mulig kan komme i gang når svaret fra NSD foreligger. Det benyttes skriftlig samtykke.

Divisjonsdirektør Kari Mette Vika er orientert om prosjektet. Til orientering vil prosjektets videre forløp være som følger:

Delprosjekt II, høst 2016: Intervjue med pasienter som har forsøkt å avslutte livet sitt. For denne studien vil jeg be behandlere være behjelpelige med å finne pasienter som samsvarer med inklusjonskriteriene.

Delprosjekt III, vår 2017: Intervju med sykehusprester fra spesialisthelsetjenesten i Norge.

Det knyttes en artikkel til hvert delprosjekt.

Prosjektleder er professor Lars Danbolt, forskningsrådgiver og leder av Religionspsykologisk senter i SI.

Ta gjerne kontakt med meg eller prosjektleder dersom dere trenger utfyllende informasjon.

VEDLEGG 3/ Delstudie 1, brev til avdelingssjefer og avdelingssykepleiere, SI Gjøvik

Med vennlig hilsen

Ane Inger Bondahl Søberg

Doktorgradsstipendiat /Sykehusprest

SI Gjøvik / DPS Gjøvik

+47 98829360 /

aneingerbondahl.soberg@sykehuset-innlandet.no

Til enhetsledere på DPS Gjøvik

Gjøvik 22.12.15

Søknad om innpass for forskning på DPS Gjøvik psyk-almen /-akutt og akutt ambulant enhet/

Jeg er doktorgradsstipendiat ved forskningsavdelingen i Sykehuset Innlandet (SI) og skal gjennomføre en studie om eksistensielle samtaler i møte med personer i selvmordsrisiko. Prosjektet er helfinansiert av SI, og målet er å få fram ny kunnskap med selvmordsforebyggende relevans.

Studiens delprosjekt I har som forskningsspørsmål: Hvilke eksistensielle temaer kommer opp, og hvordan reflekteres disse temaene i samtaler mellom personer i selvmordsrisiko og behandlere.

Med eksistensielle temaer menes eksempelvis meningsløshet, døden, ensomhet, tilhørighet, skyld, tro og livssyn osv. Det finnes etter hvert mye kunnskap som tilsier at eksistensielle temaer kan være påtrengende ved suicidalitet, men dette er lite utforsket i norsk sammenheng.

Hensikten med denne henvendelsen er å be om innpass på Gjøvik DPS, for å rekruttere deltakere til et fokusgruppeintervju, der samtalen omhandler studiens forskningsspørsmål. Det er ønskelig med deltakere fra psyk almen, -akutt og akutt-ambulant enhet. Til sammen 8 behandlere, med og uten spesialitet: leger, psykologer, sykepleiere, sosionomer eller vernepleiere, eventuelt andre som gjennom sitt arbeid har erfaring med å snakke med pasienter med selvmordsrisiko. Det er viktig med jevn kjønnsfordeling. Det vil derfor være fint om avdelingene har kontakt med hverandre for å få dette til.

Fokusgruppeintervju er en anerkjent kvalitativ forskningsmetode som innebærer at deltagerne reflekterer sammen og utveksler erfaringer og kunnskap om det temaet som fokuseres. Samtalen ledes av meg sammen med en medforsker. Det blir gjort lydopptak for videre transkribering og kvalitativ analyse. All informasjon blir anonymisert. En fokusgruppesamtale varer vanligvis 90 minutter. Hvis det passer for avdelingen, kan vi legge samtalen til lunsjtid, og bidra med noe å spise til deltagerne. Erfaringen med fokusgrupper er at deltagerne ofte opplever dette som svært interessant og givende å delta på.

Er det beleilig kommer jeg til avdelingene for å gi informasjon om prosjektet. Tidspunkt avpasses avdelingenes tid. Etter gitt informasjon vil behandlere bli spurt om å delta. Tiden for intervju avtales, eventuelt i samråd med respektive ledere. De åtte deltagerne er tenkt fordelt på følgende måte; fra psyk-almen (2) /-akutt (3) og akutt ambulant enhet (3).

Om mulig gjøres fokusgruppeintervjuet i siste halvdel av februar 2016. Prosjektet er meldt Norsk senter for forskningsdata, NSD. Det er hensiktsmessig at innpass på deres avdelinger avklares slik at vi raskt kan komme i gang når bekreftelse fra NSD foreligger. Det benyttes skriftlig samtykke.

Divisjonsdirektør Liv Hammerstad er orientert om prosjektet. Til orientering vil prosjektets videre forløp være som følger:

Delprosjekt II, høst 2016; intervju med pasienter som har forsøkt å avslutte livet sitt. Her vil jeg be behandlere være behjelpelige med å finne pasienter som samsvarer med inklusjonskriteriene og som er psykisk adekvate for intervju.

Delprosjekt III, vår 2017, intervju med sykehusprester fra spesialistsykehus i Norge.

Det knyttes en artikkel til hvert delprosjekt.

VEDLEGG 4/ Delstudie 1, brev til enhetsledere DPS Gjøvik

Prosjektleder er professor Lars Danbolt, forskningsrådgiver og leder av Religionspsykologisk senter i SI.

Ta gjerne kontakt med meg eller prosjektleder dersom dere trenger utfyllende informasjon.

Med vennlig hilsen

Ane Inger Bondahl Sjøberg
Doktorgradsstipendiat /Sykehusprest
SI Gjøvik / DPS Gjøvik
+47 98828360
aneingerbondahl.soberg@sykehuset-innlandet.no

Til enhetsleder på DPS Gjøvik poliklinikk.

Gjøvik 22.12.15.

Søknad om innpass for forskning på DPS Gjøvik Poliklinikk våren 2016.

Jeg er doktorgradsstipendiat ved forskningsavdelingen i Sykehuset Innlandet (SI). Og skal gjennomføre en studie om betydningen av eksistensielle samtaler for personer i selvmordsrisiko. Prosjektet er helfinansiert av SI, og målet er å få frem ny kunnskap med selvmordsforebyggende relevans.

Studiens delprosjekt I sitt forskningsspørsmål er: Hvilke eksistensielle temaer kommer opp- og hvordan reflekteres disse temaene i samtaler mellom personer i selvmordsrisiko og behandlere.

Med eksistensielle temaer menes eksempelvis meningsløshet, døden, ensomhet, tilhørighet, skyld, tro og livssyn osv. Det finnes etter hvert mye kunnskap som tilsier at eksistensielle temaer kan være påtrengende ved suicidalitet, men dette er i norsk sammenheng lite utforsket.

Hensikten med denne henvendelsen er å be om innpass på Gjøvik DPS poliklinikk for å rekruttere deltakere til et fokusgruppeintervju om forskningsspørsmålet. Det er ønskelig med deltagere fra poliklinikken, til sammen seks til åtte deltagere. Det er ønskelig med samtaler med leger-, psykologer-, -sykepleiere eller -sosionomer, eventuelt andre yrkesgrupper som gjennom sitt arbeid har erfaring med å snakke med pasienter i selvmordsrisiko. Deltagerne bør fortrinnsvis ha spesialistutdanning. Det ønskes en balansert kjønns sammensetning av deltakerne.

Fokusgruppeintervju er en anerkjent kvalitativ forskningsmetode som innebærer at deltagerne reflekterer sammen og utveksler erfaringer og kunnskap om det temaet som fokuseres. Intervjuet ledes av undertegnede, og en medforsker. Det blir gjort lydopptak for videre transkribering og kvalitativ analyse. All informasjon blir anonymisert. En fokusgruppesamtale varer vanligvis 90 minutter. Hvis det passer for avdelingen, kan vi legge samtalen til lunsjtid, og bidra med noe å spise for deltagerne. Erfaringen med fokusgrupper er at deltagerne ofte opplever dette som svært interessant og faglig givende.

Ønsker dere kommer jeg gjerne tilbake til avdelingen for å gi mer informasjon om prosjektet, på et tidspunkt som er beleilig for dere. Etter gitt informasjon vil behandlere bli spurt om å delta. Tidspunktet for intervju avtales, eventuelt i samråd med deres leder. Om mulig gjøres fokusgruppeintervjuet i siste halvdel av februar 2016. Prosjektet er meldt Norsk senter for forskningsdata, NSD. Det er hensiktsmessig at innpass på poliklinikken avklares slik at vi raskt kan komme i gang når positiv bekreftelse fra NSD foreligger. Det benyttes skriftlig samtykke.

Divisjonsdirektør Liv Hammerstad er orientert om prosjektet. Til orientering vil prosjektets videre forløp være som følger:

Delprosjekt II, høst 2016: Intervju med pasienter som har forsøkt å avslutte livet sitt. Her vil jeg be behandlere være behjelpelige med å finne pasienter som samsvarer med inklusjonskriteriene.

Delprosjekt III; vår 2017: Intervju med sykehusprester fra spesialistsykehus i Norge.

Det knyttes en artikkel til hvert delprosjekt.

Prosjektleder er professor Lars Danbolt, forskningsrådgiver og leder av Religionspsykologisk senter i SI.

VEDLEGG 5/ Delstudie 1, brev til enhetsleder DPS Gjøvik poliklinikk.

Ta gjerne kontakt med meg, eller prosjektleder dersom dere ønsker utfyllende informasjon.

Med vennlig hilsen

Ane Inger Bondahl Søberg
Doktorgradsstipendiat /Sykehusprest
SI Gjøvik / DPS Gjøvik
+47 98829360 /
aneingerbondahl.soberg@sykeshuet-innlandet.no



FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

HVORDAN REFLEKTERES EKSISTENSIELLE TEMA I SAMTALER MED PERSONER I SELVMORDSRISIKO I SPESIALISTHELSETJENESTEN – MED SÆRLIG FOKUS PÅ SYKEHUSPRESTERS ROLLE.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie. Formålet med studien er å belyse hvordan eksistensielle temaer blir reflektert i samtalene mellom behandlere og personer i selvmordsrisiko, og hvilke utfordringer dette gir behandlerne. I tillegg til behandlere skal prosjektet gjøre intervjuer med pasienter i selvmordsrisiko og sykehusprester. Studien vil belyse om og eventuelt på hvilken måte samtaler om eksistensielle temaer kan ha betydning for pasienter med selvmordsrisiko. Du er invitert til å delta siden behandlergruppen er primærkontakt med pasienter i selvmordsrisiko. Det er Religionspsykologisk senter i Sykehuset Innlandet HF som er initiativtaker til denne studien.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Dersom du sier ja til å delta, vil du være med på et fokusgruppeintervju sammen med inntil 7 andre behandlere. Intervjuet vil vare ca halvannen time og vil bli ledet av stipendiat ved Religionpsykologisk senter Sykehus Innlandet HF Ane Inger Bondahl Søberg og en medforsker som vil ta notater underveis. Det vil bli gjort lydopptak av intervjuet.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Mulige fordeler og ulemper

Ved å være med på dette prosjektet bidrar du til ny kunnskap på et område vi har liten kunnskap om. Ulempen for deg er at du kommer til å bruke noe av din tid til å delta på intervjuene.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg, eller har spørsmål til prosjektet kan du kontakte Ane Inger Bondahl Søberg, mobilnummer.: 98829360 eller mail.: aneingerbondahl.soberg@sykehuset-innlandet.no.

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og direkte gjenkjenning opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Informasjon om deg vil bli anonymisert, eller slettet senest fem år etter prosjektslutt.

GODKJENNING

Prosjektet er meldt NSD og godkjent av personvernet i BERGEN. Prosjektnummer. 46264

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet. Tas med hvis ønskelig og bare i de tilfeller der informasjon gis ansikt til ansikt.

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet

Samtaletemaer som utgangspunkt for fokusgruppeintervju med behandlere SI Gjøvik/Gjøvik DPS

Først av alt - Takk for at dere vil stille til intervju!

Mitt ønske med dette intervjuet er å få kunnskap om hvordan dere tenker og -arbeider i møte med pasienter i selvmordsrisiko, og hvilke temaer dere samtaler med pasienten om.

Jeg har satt opp følgende punkt som utgangspunkt for vår samtale:

- Samtaletemaer som ofte fremkommer i samtaler med pasienter i selvmordsrisiko,
- dine (behandlers) tanker om hvilke temaer det er viktig å reflektere rundt, i møte med pasienten.
- din forståelse av «eksistensielle temaer», og betydningen av disse temaene i samtaler med pasienter som har forsøkt å ta livet sitt?
- hvilken betydning tenker du, som behandler, at samtaler har for pasienten?

Til kolleger på DPS Gjøvik; poliklinikk, AAE og sengepost

Kort info om PhD- prosjektet

Problemstillingen: Hvordan reflekteres de eksistensielle temaene i samtaler med personer i selvmordsrisiko –

Problemstillingen besvares gjennom tre kvalitative delprosjekt:

Del prosjekt I: Fokusgruppeintervju med behandlere.

Del prosjekt II: Individualintervju med pasienter i selvmordsrisiko (Vi ønsker pasienter fra DPS poliklinikk, AAE, psykiatriske sengeposter)

Delprosjekt III: Fokusgruppeintervju med sykehusprester.

Spørsmålene i intervjuet vil dreie seg om hvilke temaer som fremkommer i samtalen mellom behandler / sykehusprest og pasienten, med spesielt fokus på eksistensielle temaer.

Med tanke på pasientinkludering til delprosjekt II: Eksistensielle temaer i samtaler med pasienter i selvmordsrisiko

Jeg var i kontakt med dere i tilknytning til delstudiet I. Da hadde vi et fokusgruppeintervju med blant annet behandlere fra DPS. Veldig spennende, og takk for at dere var villig til å være med! Dette materialet er nå under analyse for videre resultatpresentasjon.

Det er nå tid for delprosjekt II. I den forbindelse ber jeg om hjelp for å finne pasienter til individualintervju. Deres enhetsledere og divisjons direktør ble forespurt og ga tillatelse til å be dere om bistand.

Inklusjonskriteriene er: Pasienter som har gjort minst ett selvmordsforsøk (med den hensikt å avslutte livet), vedkommende skal være i DPS systemet, mann eller kvinne, alder 20 år og oppover. Det vil være fint med spredning på alder og kjønn. Ingen betingelser til diagnose, men pasienten må være i en tilstand hvor det er tilrådelig at denne deltar. Tidsrom for intervjuet avtales med meg når pasienten har sagt seg villig til å være med. Vi ønsker å inkludere ca 8-10 pasienter.

Jeg vil be dere spørre aktuelle pasienter, i henhold til inklusjonskriteriene over, om de ønsker å delta i studien. Pasienten spørres videre om jeg kan få adresse eller mobilnummer for nærmere avtale om intervjutidspunkt. Pasientene skal underskrive på samtykkeskjema (= at de vil være med, og at informasjon som fremkommer behandles anonymt og at de kan trekke seg hvis de ikke ønsker å være med lengre). Intervjuet skal ikke foretas før 14 dager etter siste selvmordsforsøk.

Hvert intervju vil vare fra 1 til 1,5 time (Dette vurderes etter pasientens kapasitet og ønske), som er en dialog mellom pasienten og meg, som forsker. Samtalen tas opp på bånd, men ikke elektronisk. Den vil slettes etter hvert.

Pasienten vil få tilbud om samtale med behandler etter intervjuet - hvis det er ønsket og de har behov for det. Dere vet hvem jeg er, og kan presentere meg for pasienten.

Min kontakt adresse:

mobilnummer.: 98829360

eventuelt mail aneingerbondahl.soberg@sykehuset-innlandet.no

Tusen takk for at dere stiller dere til rådighet!

Med vennlig hilsen

Ane I B. Søberg

(SI Gjøvik, Stipendiat / sykehusprest)

VEDLEGG 9 / Delstudie 2, samtykkeskjema til tilknyttet Phd-prosjektet: Eksistensielle temaer i samtaler med pasienter i selvmordsrisiko.



FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

HVORDAN REFLEKTERES EKSISTENSIELLE TEMA I SAMTALER MED PERSONER I SELVMORDSRISIKO I SPESIALISTHELSETJENESTEN – MED SÆRLIG FOKUS PÅ SYKEHUSPRESTERS ROLLE.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt. Formålet med denne undersøkelsen er å studere betydningen av samtaler om eksistensielle temaer mellom personer i selvmordsrisiko og behandlere og andre som arbeider i helsetjenesten, for eksempel sykehuspresten. Du blir spurt fordi du er fra 20 år og oppover, og er eller har vært pasient ved Sykehuset Innlandet HF etter et selvmordsforsøk. Denne forskningsstudien er knyttet til Religionspsykologisk senter i Sykehuset Innlandet og gjennomføres av doktorgradsstipendiat og sykehusprest på Gjøvik, Ane Inger Bondahl Søberg.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Forskningsstudien gjennomføres ved individualintervju der du vil bli spurt om hvordan du har opplevd samtaler med behandle(re) og evt. sykehusprest etter selvmordsforsøk. Intervjuet vil dreie seg om hva dere snakket om, om du opplevde samtaler meningsfulle, og om samtaler hadde betydning for hvordan du har forholdt deg til livet ditt videre.

Det vil bli gjort opptak av intervjuet. I tillegg til intervjueren vil det være med en medforsker som tar notater underveis. Det du sier vil ikke bli brukt til annet enn det som er forskningsprosjektets formål. Intervjuet avsluttes når begge parter finner det tjenlig, men vil uansett ikke vare lenger enn ca. 1 time. Det er frivillig å delta, og du kan når som helst trekke deg fra denne studien. I utgangspunktet vil det bli foretatt ett intervju, men dersom det er behov for det, kan det hende vi forespør deg om en samtale til.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Ved å være med på dette prosjektet vil du bidra til ny kunnskap på et område vi ikke vet så mye om fra før. Ulempen for deg er at du kommer til å bruke noe av din tid til å delta på intervjuene.

VEDLEGG 9 / Delstudie 2, samtykkeskjema til tilknyttet Phd-prosjektet: Eksistensielle temaer i samtaler med pasienter i selvmordsrisiko.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Ane Inger Bondahl Sjøberg, mobilnr. 98829360 eller mail aneingerbondahl.soberg@sykehuset-innlandet.no.

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert, eller slettet senest fem år etter prosjektslutt.

ØKONOMI

Deltagerne får dekket reiseutgiftene.

GODKJENNING

Prosjektet er meldt NSD, Norsk senter for forskningsdata, prosjektnummer 46264

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Gjøvik - 2017

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

VEDLEGG 9 / Delstudie 2, samtykkeskjema til tilknyttet Phd-prosjektet: Eksistensielle temaer i samtaler med pasienter i selvmordsrisiko.

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet [Tas med hvis ønskelig og bare i de tilfeller der informasjon gis ansikt til ansikt.]

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet

Problemstilling delstudie 2

«Hvordan vurderer den selvmords-utsatte pasienten betydningen av samtaler med behandlere og sykehusprest etter selvmordsforsøket?»

Intervjuguide til delstudie 2.

- Vi åpner med følgende spørsmål: Hva husker du fra denne perioden?
- 1. Hvilke erfaringer gjorde du deg i møte med sykehuset etter selvmordsforsøket.**
- 2. Hvem snakket du med og Hvilke betydning hadde samtalen for deg?**
- 3. Hvilke temaer ble viktige for deg relatert til samtalen du hadde?**

Er det noe du ønsker å tilføye?

Gi informanten konkret avtale om mulig samtale med behandler etter intervjuet

Takk 😊.

Gjøvik 3. april 2018

Kjære sykehusprester!

Forespørsel om deltagelse i fokusgruppeintervju tilknyttet PhD-prosjekt

Denne henvendelsen er en forespørsel om dere vil bidra i en studie om eksistensielle temaer i samtaler med mennesker i selvmordsrisiko.

Studien er del av et doktorgradsprosjekt, der den overordnede problemstillingen er: «Hvordan ivaretas eksistensielle temaer i samtaler med personer i selvmordsrisiko i spesialisthelsetjenesten – med fokus på sykehuspresters rolle?» Fokuset rettes mot sykehusprester, behandlere i spesialisthelsetjenesten og pasienter i selvmordsrisiko.

Funnene blir presentert i tre ulike internasjonale artikler. Doktorgradsstipendiat er sykehusprest Ane Inger B. Sjøberg. Veiledere er professor Lars Danbolt og førsteamanuensis Torgeir Sjørensen. Studien er tilknyttet Religionspsykologisk senter i Sykehuset Innlandet og Det teologiske menighetsfakultet.

Kriteriet for å delta er at du gjennom ditt arbeid som sykehusprest i somatisk avdeling eller psykisk helsevern har hatt samtaler med pasienter som har gjort aktive forsøk på å ta livet sitt.

Intervjuet vil vare ca 1-1,5 timer, og det blir gjort lydopptak. Oppbevaring av data og publisering fra studien blir gjort etter gjeldende retningslinjer i medisinsk forskning for datahåndtering og anonymisering (se NSD.no). Torgeir Sjørensen og Ane Inger B. Sjøberg vil gjennomføre intervjuene. Alle som sier ja til å delta vil få tilsendt nærmere informasjon og samtykkeskjema. Det er når som helst anledning til å trekke seg fra prosjektet uten å oppgi noen spesiell grunn for det.

Et fokusgruppeintervju innebærer at deltagerne sammen reflekterer over et temafelt som de alle har erfaringer med. Mange opplever at slike fokusgrupper gir interessante samtaler og ansporer til videre refleksjon. Spørsmålene dere skal reflektere over i gruppa er relatert til hvordan dere som sykehusprester arbeider med eksistensielle temaer i samtalene med pasienter i selvmordsrisiko.

Det er ønskelig at sykehusprester fra ulike deler av landet er representert i studien. Dette gjør at vi vil forsøke å finne møtesteder for hver gruppe. Det kan være aktuelt med en gruppe i Stavanger/ Bergen, Trondheim og Oslo. Reiseutgifter dekkes av prosjektet. Tidspunkt for intervjuet er ønsket i mai/ begynnelsen av juni 2018.

Vi har tidligere sendt ut en henvendelse om deltagelse, og noen av dere har allerede svart ja. Siden det er mange av dere vi ikke har hørt fra, prøver vi igjen. Vi vil gjerne høre fra dere innen 20. april.

Svar – eller oppklarende spørsmål – kan sendes Ane Inger B. Sjøberg på mail:

aneingerbondahl.soberg@sykehuset-innlandet.no;

Mobil 98829360.

Vi ser fram til å høre fra dere.

Beste hilsen

Lars J. Danbolt
Professor /veileder

Ane Inger Bondahl Sjøberg
Stipendiat /sykehusprest

vår 2018



FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

HVORDAN REFLEKTERES EKSISTENSIELLE TEMA I SAMTALER MED PERSONER I SELVMORDSRISIKO I SPESIALISTHELSETJENESTEN – MED SÆRLIG FOKUS PÅ SYKEHUSPRESTERS ROLLE.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie. Formålet med studien er å belyse hvordan eksistensielle temaer blir reflektert i samtalene mellom sykehusprester og personer i selvmordsrisiko, og hvilke utfordringer dette gir sykehusprestene. I tillegg til sykehusprester har prosjektet gjort intervju med pasienter i selvmordsrisiko og behandlere. Studien vil belyse om og eventuelt på hvilke måter samtaler om eksistensielle temaer kan ha betydning for pasienter i selvmordsrisiko. Det er Religionspsykologisk senter i Sykehuset Innlandet HF som er initiativtaker til denne studien.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Dersom du sier ja til å delta, vil du være med på et fokusgruppeintervju sammen med inntil 7 andre sykehusprester. Intervjuet vil vare ca. halvannen time og vil bli ledet av stipendiat ved Religionspsykologisk senter Sykehus Innlandet HF Ane Inger Bondahl Søberg og en medforsker som vil ta notater underveis. Det vil bli gjort lydopptak av intervjuet.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Ved å være med på dette prosjektet bidrar du til ny kunnskap på et område vi har liten kunnskap om. Ulempen for deg er at du kommer til å bruke noe av din tid til å delta på intervjuene.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Ane Inger Bondahl Søberg, mobilnummer.:98829360 eller mail.: aneingerbondahl.soberg@sykehuset-innlandet.no.

vår 2018

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og direkte gjenkjenning opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Prosjektleder, Professor Lars Danbolt, har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Informasjon om deg vil bli anonymisert, eller slettet senest fem år etter prosjektslutt.

GODKJENNING

Prosjektet er meldt NSD, Norsk senter for forskningsdata. Prosjektnummer 46264

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet. Tas med hvis ønskelig og bare i de tilfeller der informasjon gis ansikt til ansikt.

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet

Samtaleguide som utgangspunkt for fokusgruppeintervju med sykehusprester

Først av alt - Takk for at dere vil stille til intervju!

Hensikten med dette intervjuet er å få kunnskap om hvordan dere tenker og arbeider i møte med pasienter i selvmordsrisiko, og hvilke temaer dere samtaler med pasientene om.

Jeg har satt opp følgende punkt som utgangspunkt for dette fokusgruppe intervjuet:

- Hva er deres forståelse av eksistensielle temaer?

-Hvilke samtaletemaer ønsker pasientene i selvmords-risiko å samtale om i møte med dere som sykehusprester /diakon / livssynsbetjening.

-Hva er deres, sykehusprester /diakon / livssynsbetjening, tanker om hvilke temaer det er viktig å reflektere rundt, i møte med pasienter i selvmordsrisiko, og hvilken betydning har deres teologiske /diakonal / livssynsmessige kompetanse i samtalene med disse pasientene?

- Hvilken betydning tenker dere samtaler med sykehusprest/ diakon / livssynsbetjening har for pasienter i selvmordsrisiko? (spørsmål som eventuelt)

Delstudie 3 sin problemstilling er pr nå:

«Hvilken kompetanse innehar sykehusprester for å ivareta selvmords-utsatte pasienters behov for samtaler om eksistensielle temaer, og hva er sykehusprestenes bidrag i møte med personer i selvmordsrisiko i spesialist helsetjenesten?»