Personales kjennskap og holdninger til retningslinjer og prosedyrer for selvmordsrisikovurdering i psykisk helsevern

Av Kim Larsen og Ping Qin

SAMMENDRAG

Artikkelen presenterer resultatene av en spørreskjemaundersøkelse (N=396) om personale i psykisk helseverns rapporterte kjennskap og holdning til rutiner og prosedyrer knyttet til selvmordsrisiko. Deltakerne rapporterer om gjennomgående god kjennskap til formalkrav for selvmordsrisikovurdering, slik som rutiner i egen seksjon, prosedyrer i elektronisk kvalitetshåndbok, gjeldende lovverk og nasjonale retningslinjer. Det er vesentlige forskjeller mellom personale med ulik klinisk bakgrunn, med høyere rapportert kjennskap hos lege/psykiater, og personale som ofte møter suicidale pasienter. Deltakerne ser både fordeler ved prosedyrene (målrettethet/trygghet på å få med seg det som er relevant), men også noen ulemper (tidkrevende/juridisk fokus). Det pågår en debatt i psykisk helsevern om bruken av standardiserte prosedyrer for vurdering av selvmordsrisiko. I den foreliggende undersøkelsen presenteres systematiske data som kan bidra til forståelse om klinikerens kjennskap og holdning til disse rutinene og prosedyrene.

In the present paper we present results of a survey study among mental health care personnel (N=396) on their knowledge and perception of routines and procedures related to suicide risk assessment. The participants report a generally high level of familiarity with formal requirements for evaluation of suicide risk, such as routines in their own workplace, procedures in the hospital's electronic quality management system, current legislation, and national guidelines. There are also notable differences by clinical background with higher levels of familiarity among doctors/psychiatrists and staff frequently seeing suicidal patients. The perceived benefits of these formal requirements include clear goal setting and confidence ensuring to do what's relevant, whilst the commonly perceived drawbacks are that these routines and procedures are time-consuming and have an overly legalistic focus. There is an ongoing debate about the use of standardized procedures for evaluating suicide risk in Norway. The present article provides rich insights that contributes to our understanding on clinicians' knowledge about and attitudes toward these routines and procedures.

EVIDENSBASERT PRAKSIS er vår tids dominerende tidsånd i medisin og psykologi (Ekeland, 2009; Grimen & Terum, 2009; Harrison, 1998). Der en tidligere hadde aksept for klinisk skjønn og en betydelig variasjonsbredde i faglig praksis, forutsettes det nå at en begrunner praksis i empiriske studier av hvilken behandling som har dokumentert effekt (på gruppenivå) for en gitt tilstand. Standardiserte prosedyrer er en del av denne tidsånd (Ekeland, 2004; Walshe & Shelton, 1998). Idealet er at uansett hvilken behandler pasienten møter skal han/hun bli møtt på samme måte med en diagnostisk vurdering og tiltak utgått fra forskningsbegrunnede standardiserte prosedyrer, og hvor dette også skal monitoreres og kontrolleres (Flynn, 2002; Walshe & Shelton, 1998). Møtet med pasienten skal integrere klinikerens relasjonelle sensitivitet og kliniske erfaring med de beste tilgjengelige systematiske forskningsresultater (Sackett et al., 1996). På denne bakgrunn er det utarbeidet et økende antall veiledere og prosedyresamlinger i psykisk helsevern. *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (Sosial og helsedirektoratet, 2008) var

avgjørende for å forankre selvmordsrisikovurderinger innenfor en slik ramme.

Nasjonale retningslinjer skiller mellom kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko. Kartlegging er en innledende «screening» og skal utføres av alle kliniske personalgrupper og har til hensikt å avdekke om det kan foreligge selvmordsrisiko eller ikke. Dette kan gjøres ved å stille pasienten direkte spørsmål om aktuell suicidalitet og tidligere selvmordsadferd (selvmordstanker, selvmordsplaner, tidligere selvmordsforsøk). Finner en grunn til bekymring skal det utføres en full selvmordsrisikovurdering. Dette er en mer omfattende prosess, og skal utføres av leger, psykologer eller annet særskilt kvalifisert personale. En skal her vurdere grad av risiko opp mot kjente risikofaktorer på gruppenivå i kombinasjon med pasientens kliniske tilstand, vurdere om risikoen er av en slik art at en bør sette i gang tiltak, samt vurdere tiltakenes mulige negative terapeutiske effekt. En totalvurdering av dette skal munne ut i en begrunnet konklusjon (se Herrestad & Larsen, 2012 for en mer nyansert fremstilling av denne prosessen). For enkelhets skyld har vi i denne artikkelen valgt å benevne rutiner og prosedyrer for både kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko med et samlebegrep: formalkrav for vurdering av selvmordsrisiko.

Det er en kontinuerlig debatt om hvordan den overliggende tidsånd kan påvirke praksis i psykisk hel-

severn generelt, samt hvordan prosedyrene spesielt kan innskrenke klinisk autonomi på en måte som kan være uheldig og begrensende (Chunduri et al., 2017; Hagen et al., 2018; Smith et al., 2015). Det er imidlertid få systematiske studier hvor en har undersøkt klinikerens

Det er imidlertid få systematiske studier hvor en har undersøkt klinikerens kjennskap og holdninger til prosedyrene.

kjennskap og holdninger til prosedyrene. De fleste studier er intervjustudier (se for eksempel Chunduri et al., 2017; Godin et al., 2004; Muir-Cochrane et al., 2011 og Waern et al., 2016), med kun ett unntak (Wand et al., 2015). Selv om det er

flere kvinner enn menn som arbeider i psykisk helsevern har vi ikke kjennskap til at det foreligger noen studier hvor en har undersøkt om det er kjønnsforskjeller i kjennskap og holdninger til prosedyrene.

Når en ser på situasjonen i Norge, utførte Per Erik Sørsum (2012) en kvalitativ undersøkelse av hvordan prosedyrene i nasjonale retningslinjer ble praktisert i akutt-team, og fant en betydelig variasjon i praksis i ulike team. Hagen et al. (2017) utførte en intervjustudie av åtte psykotereapeuter og åtte psykiatriske sykepleiere, og fant en konflikt mellom risikovurdering og kontroll

(«duty and control») på den ene siden og relasjonen og omsorgen («connection and care») til pasienten på den andre siden (se også Hagen, 2018). Østlie (2018) utførte en prosessuell studie av psykoterapeutiske forløp hvor suicidalitet var sentralt, og fant noe av det samme dilemmaet mellom risikovurderinger og kontroll på den ene siden og den terapeutiske relasjonen til pasienten på den andre. Myhre (2016) utførte en Questback-basert undersøkelse av personalets opplevelse av rutiner og prosedyrer for vurdering av selvmordsrisiko ved Sykehuset Vestfold, og fant at kunnskapen om formalkrav knyttet til vurdering av selvmordsrisiko gjennomgående var høy. Respondentene oppfattet formalkravene som meningsfulle i seg selv, men var frustrert over papirarbeidet og tidsbruken prosedyrene krevde, og at dette gikk på bekostning av pasientkontakten.

For å få mer innsikt i helsepersonales kjennskap og holdninger til retningslinjer og prosedyrer for selvmordsrisikovurdering, har vi gjennomført en stor undersøkelse med data fra medarbeidere i Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling ved Sykehuset Østfold. Vi ønsket for det første å undersøke i hvilken grad personalet hadde kjennskap til gjeldende lover (hvor det sentrale er forsvarlighetskravet i Helsepersonelloven og Spesialisthelsetjenesteloven, henholdsvis paragraf 4 og 2-2), nasjonale retningslinjer, prosedyrer i elektronisk kvalitetshåndbok (EK), samt rutiner i egen seksjon. Deretter ønsket vi å kartlegge personalets oppfatninger og holdninger til prosedyrer og rutiner for vurdering av selvmordsrisiko. Vi ville også undersøke om det er noen kjønnsmessige forskjeller i kjennskap og holdninger, da det er flere kvinner enn menn som jobber på psykisk helsevern. Til slutt ville vi undersøke om det var noen sammenheng mellom personalets faglige bakgrunn og deres rapporterte kjennskap til og holdninger til prosedyrene, og diskutere hvilke implikasjoner eventuelle forskjeller vil kunne ha for psykisk helsevern.

Metode

Deltagere og prosedyre

Undersøkelsen ble utført online i Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling ved Sykehuset Østfold, som dekker Østfold fylke med en befolkning på ca. 300 000 mennesker. Dette inkluderer døgnavdelinger for både barn/ungdom og voksne, poliklinikker, ambulante team og Assertive community treatment (ACT).

Invitasjon til å delta i spørreskjemaundersøkelsen ble sendt pr. e-mail til samtlige ansatte i Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling 8. mai 2016. Svarfristen ble satt til 5. juni. Det ble sendt en påminnelse 29. mai til de som ikke hadde svart. Undersøkelsen ble sendt ut til totalt 1385 personer, hvorav 503 responderte, noe som utgjør en responsrate på 36,3 %. På det innledende spørsmålet «Ligger det til dine arbeidsoppgaver å spørre om og journalføre pasienters selvmordstanker og/eller planer?» svarte 396 personer bekreftende, noe som var

«inngangsbilletten» til undersøkelsen. Prosedyrene er slik at de som har ansvar for å spørre om pasienten har selvmordstanker og/eller planer også har automatisk ansvar for å dokumentere resultatet.

Kartlagte variabler

Yrkesbakgrunn: Respondentene ble innledningsvis spurt om hvor ofte de møtte selvmordsnære pasienter og ble bedt om å besvare dette på en fem-leddet skala fra «nesten daglig» til «svært sjeldent». Her benyttet vi begrepet selvmordsnær i stedet for suicidal for å lette sammenligning av våre data med en lignende undersøkelse (Myhre, 2016).

Deretter ble personalets kjennskap målt, også på en fempunkts Likert-skala – til gjeldende lover, nasjonale retningslinjer, prosedyrer i EK og rutiner i egen seksjon knyttet til selvmordsproblematikk – dvs. formalkrav for vurdering av selvmordsrisiko.

Personalets oppfatning og holdninger til prosedyrene ble målt ved at de skulle ta stilling til seks spørsmål om prosedyrene. Det ble benyttet en fempunkts Likert-skala med et nøytralt midtpunkt (hverken enig eller uenig) og to grader av enighet/uenighet hvor 1 er helt enig, 2 delvis enig, 4 delvis uenig og 5 helt uenig.

Etter kartlegging av oppfatninger og holdninger ble respondentene spurt om de selv hadde mistet pasienter i selvmord. De siste spørsmålene i undersøkelsen omfattet spørsmål om respondentens kjønn, yrkestittel, arbeidsplass, og antall års praksis på denne arbeidsplassen. Disse spørsmålene er plassert sist slik at en ikke skal få «framing effects» av dem (se for eksempel Tversky & Kahneman, 1981); de skal ikke påvirke respondentene til å svare på en måte som setter dem i et mest mulig gunstig lys. Undersøkelsen ble avsluttet med en mulighet for respondentene til å gi kommentarer til undersøkelsen i fritekst.

Statistikk

Vi gjennomførte deskriptive analyser og utforsket videre sammenhengen mellom respondentenes bakgrunn, yrkeserfaring og yrkesgruppe, deres kjennskap til formalkrav til selvmordsrisikovurdering, og deres oppfatning og holdning til prosedyrene. Pearsons Chi-kvadrat test ble benyttet. Signifikansnivået ble satt til $p < 0,05$. Analysene ble utført med SAS 9.4.

Etikk

Prosjektet var godkjent av ledelsesgruppen i Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling (PLM) og registrert hos Forskningsavdelingen ved Sykehuset Østfold. Data ble samlet inn ved et elektronisk anonymisert spørreskjema (Questback). I materialet som ledsaget spørreskjemaet ble deltakerne informert om hensikten med studien. De ble også informert om at personer som besvarte undersøkelsen derved også samtykket i at data ble brukt i den aktuelle undersøkelsen og publisert.

Resultater

Deltakernes bakgrunn

De 396 deltakerne besto av 50 leger eller psykiatere (12,6 %), 89 psykologer eller psykologspesialister (22,5 %), og 105 sykepleiere eller psykiatriske sykepleiere (26,5 %). Gruppen «annet» er på 152 personer (38,3 %), hvor de klart mest frekvente yrkesgrupper var vernepleiere (inkludert vernepleiere med videreutdanning) og sosionomer (inkludert sosionomer med videreutdanning).

Som det fremgår av tabell 1 arbeidet omtrent halvparten av deltakerne i psykiatrisk poliklinikk (DPS), ACT, eller ambulante team og den andre halvparten i

døgnseksjon. Noe over halvparten av deltakerne hadde arbeidet i sin nåværende jobb i mer enn fem år. Omtrent en tredel av deltakerne hadde opplevd å miste en pasient i selvmord. Ca. en tredel møtte selvmordsnære pasienter ofte, fra hver dag (22,7 %) til en til to ganger i uken (9,2 %).

Når det gjelder kjønnsfordelingen, var 145 menn (36,6 %) og 251 kvinner (63,6 %). Litt flere av de mannlige respondentene arbeidet i døgnseksjon, hadde litt oftere opplevd å miste pasienter i selvmord, og møtte også litt oftere selvmordsnære pasienter. Det var ingen kjønnsforskjeller når det gjaldt yrkeskategori eller antall år i jobben.

TABELL 1. Respondentenes bakgrunn.

Bakgrunn	Total, n=396 N (%)	Kvinne, n=251 N (%)	Mann, n=145 N (%)	Test av kjønnsforskjeller
Yrkestype				
Lege eller psykiater	50 (12.6)	25 (10.0)	25 (17.2)	$\chi^2=4.77$, p=0.19
Psykolog eller psykologspesialist	89 (22.5)	57 (22.7)	32 (22.1)	
Sykepleier eller psykiatrisk sykepleier	105 (26.5)	71 (28.3)	34 (23.5)	
Annen yrkestittel	152 (38.4)	98 (39.0)	54 (37.2)	
Type arbeidsplass				
Ambulant akutteam/ACT	29 (7.3)	18 (7.2)	11 (7.6)	$\chi^2=7.83$, p=0.05
Ambulant team	25 (6.3)	13 (5.2)	12 (8.3)	
Poliklinikk	143 (36.1)	103 (41.0)	40 (27.6)	
Døgnseksjon	199 (50.3)	117 (46.6)	82 (56.5)	
Antall år arbeidet i denne jobben				
under 3 år	108 (27.3)	67 (26.7)	41 (28.3)	$\chi^2=0.83$, p=0.84
3–5 år	75 (18.9)	45 (17.9)	30 (20.7)	
6–10 år	103 (26.0)	68 (27.1)	35 (24.1)	
Over 10 år	110 (27.8)	71 (28.3)	39 (26.9)	
Har du mistet pasienter i selvmord?				
Ja	119 (30.1)	66 (26.3)	53 (36.6)	$\chi^2=4.60$, p=0.03
Nei	277 (69.9)	185 (73.7)	92 (63.4)	
Hvor ofte møter du selvmordsnære pasienter				
Nesten daglig	90 (22.7)	46 (18.3)	44 (30.3)	$\chi^2=8.31$, p=0.08
1–2 ganger pr uke	176 (9.2)	52 (20.7)	24 (16.6)	
1–2 ganger pr måned	83 (21.0)	57 (22.7)	26 (17.9)	
Noen ganger i året	114 (28.8)	76 (30.3)	38 (26.2)	
Svært sjeldent	33 (8.3)	20 (8.0)	13 (9.0)	

Kjennskap til formalkrav og holdninger til rutiner og prosedyrer for vurdering av selvmordsrisiko

Helhetsbildet er at deltakerne rapporterte om god kjennskap til formalkrav til vurdering av selvmordsrisiko, som vist i tabell 2. Når det gjelder kjennskap til gjeldende lovverk rapporterte 40,4 % at de var enten svært godt eller godt kjent med gjeldende lovverk. Tilsvarende prosentandel var 38,2 % for nasjonale retningslinjer og 53,6 % for prosedyrene i EK. Over 80 % oppga å være enten svært godt eller godt kjent med rutiner ved egen seksjon. Under fem prosent oppga å ikke være kjent med prosedyrene i EK eller rutiner ved egen seksjon.

Når det gjelder holdninger var 53 % helt enige og 35,1 % delvis enige i påstanden «Gode rutiner gjør arbeidet mer målrettet». Vedrørende påstanden «Prosedylene og retningslinjene avklarer ansvar på en god måte» var 26,5 % helt enig og 48,5 % delvis enig i denne. Videre var 41,9 % helt enig og 42,9 % delvis enige i påstanden «Dokumentasjon hjelper meg ved å gi meg trygghet på at jeg har fått med meg det som er relevant i en selvmordsrisikovurdering». Mindre enn 2 % av deltakerne var helt uenig i disse tre utsagnene, slik at

totalinntrykket er en aksepterende holdning til rutiner og prosedyrer for vurdering av selvmordsrisiko. På den annen side var over halvparten enten helt enig (11,9 %) eller delvis enig (41,7 %) i utsagnet «Vi bruker for mye tid på dokumentasjon og for lite på pasientene», mens 26–27 % var enten helt enig eller delvis enig i utsagnene «Dokumentasjon er bare til for at vi skal ha 'ryggen fri' dersom det går ille med pasienten» og «Dokumentasjon er ledernes behov for gode måltall». Henholdsvis 53,5 % og 46,2 % var enten helt eller delvis uenig i disse to påstandene.

Det var ingen statistisk signifikante kjønnsforskjeller når det gjelder kjennskap til formalkrav for vurdering av selvmordsrisiko (Tabell 2). Det var heller ikke statistisk signifikante kjønnsforskjeller når det gjaldt svarene på påstandene «Gode rutiner gjør arbeidet mer målrettet», «Prosedylene og retningslinjene avklarer ansvar på en god måte» og «Dokumentasjon hjelper meg ved å gi meg en trygghet på at jeg har fått med meg det som er relevant i en selvmordsrisikovurdering». Men vi fant noen signifikante kjønnsforskjeller i svarene på noen av de andre påstandene. For eksempel var flere menn enn kvinner helt enig i

TABELL 2. Kjennskap og holdninger til rutiner og prosedyrer for vurdering av selvmordsrisiko.

Kjennskap og holdninger	Fordeling, N (%)				
Kjennskap til formalkravene	Svært godt kjent	Godt kjent	Kjent	Litt kjent	Ukjent
Q1_1: Gjeldende lovverk	31 (7.8)	129 (32.6)	151 (38.1)	71 (17.9)	14 (3.6)
Q1_2: Nasjonale retningslinjer	30 (7.6)	121 (30.6)	148 (37.3)	80 (20.2)	17 (4.3)
Q1_3: Prosedyre i EK	53 (13.4)	159 (40.2)	119 (30.0)	54 (13.6)	11 (2.8)
Q1_4: Rutiner ved egen seksjon	145 (36.6)	173 (43.7)	57 (14.4)	18 (4.5)	3 (0.8)
Holdninger til formalkravene	Helt enig	Delvis enig	Verken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig
Q2_1: Gode rutiner gjør arbeidet mer målrettet	210 (53.0)	139 (35.1)	34 (8.6)	6 (1.5)	7 (1.8)
Q2_2: Prosedyrene og retningslinjene avklarer ansvar på en god måte	105 (26.5)	192 (48.5)	62 (15.6)	30 (7.6)	7 (1.8)
Q2_3: Dokumentasjonen hjelper meg ved å gi meg en trygghet på at jeg har fått med det som er relevant i en selvmordsrisikovurdering	166 (41.9)	170 (42.9)	35 (8.8)	18 (4.6)	7 (1.8)
Q2_4: Vi bruker altfor mye tid på dokumentasjon og for lite på pasientene	47 (11.9)	165 (41.7)	86 (21.7)	80 (20.2)	18 (4.5)
Q2_5: Dokumentasjon er bare til for at vi skal ha «ryggen fri» hvis det går ille med pasienten	15 (3.8)	89 (22.5)	80 (20.2)	110 (27.8)	102 (25.7)
Q2_6: Dokumentasjonen er ledernes behov for gode måltall	16 (4.0)	91 (23.0)	106 (26.8)	95 (24.0)	88 (22.2)

påstanden «Vi bruker for mye tid på dokumentasjonen og for lite på pasientene» (17,3 % versus 8,37 %, $\chi^2 = 10,37$, $p = 0,04$). Det var også statistisk signifikante forskjeller ved at flere menn enn kvinner var helt eller delvis enig i at «Dokumentasjon er bare til for at vi skal ha 'ryggen fri' hvis det går ille med pasienten» (37,93 % versus 19,52 %, $\chi^2 = 15,98$, $p < 0,01$) og «Dokumentasjon er ledernes behov for gode måltall» (37,24 % versus 21,12 %, $\chi^2 = 19,62$, $p < 0,01$).

Forskjeller mellom utdanningsbakgrunn, yrkeserfaring og yrkesgruppe

Vi fant ingen signifikante forskjeller mellom hverken det å ha mistet en pasient i selvmord eller type arbeidsplass og rapportert kjennskap til formalkrav for selvmordsrisikovurdering eller oppfatninger og holdninger til prosedyrer og rutiner. Vi fant imidlertid betydelig forskjeller i forhold til andre faglige bakgrunner.

Yrkestittel: Det var signifikante forskjeller mellom de forskjellige yrkesgruppenes rapporterte kjennskap til gjeldende lovverk, nasjonale retningslinjer og prosedyrer i EK ($p < 0,01$ for alle), og personalets

oppfatning og holdning til rutiner og prosedyrer for alle seks spørsmål i denne delen ($p < 0,05$). Som vist i Figur 1 rapporterte lege/psykiater å ha best kjennskap til gjeldende lovverk (70 % svært godt kjent med eller godt kjent med), fulgt av psykolog/psykologspesialist (39,3 %) og sykepleier/psykiatrisk sykepleier (39 %) som lå omtrent likt, og deretter kategorien andre (32,2 %). Et lignende mønster ble også funnet når det gjaldt rapportert kjennskap til nasjonale retningslinjer, prosedyrer i EK, og rutiner ved egen seksjon.

Det var også signifikante forskjeller mellom deltakernes yrkesgruppe og oppfatning og holdning til rutiner og prosedyrer. Som vist i figur 1 var leger/psykiatere i minst grad helt enig med påstanden «Gode rutiner gjør arbeidet mer målrettet», fulgt av psykologer/psykologspesialister (49,4 %), sykepleiere/psykiatriske sykepleiere (55,2 %), og kategorien andre som i størst grad var enige (61,2 %). Et lignende mønster avtegner seg når en ser på andelen respondenter som var helt enige i påstanden om at «Prosedylene og retningslinjene avklarer ansvar på en god måte». Oppfatning i utsagnet «Vi bruker for mye tid på dokumentasjon og for lite på pasientene» var også mest utbredt blant leger/psyki-

FIGUR 1. Rapportert kjennskap og holdninger til rutiner og prosedyrer for vurdering av selvmordsrisiko gruppert etter yrkestittel.

atere (75 % i helt eller delvis enig), slik det også var med de to restutsagnene «Dokumentasjon er bare til for at vi skal ha 'ryggen fri' dersom det går ille med pasienten» og «Dokumentasjon er ledernes behov for gode måltall» (Q2_5 og Q2_6 i figur 1).

Hvor ofte en møter selvmordsnære pasienter: Det er åpenbart at kjennskap til formalkrav for selvmordsrisiko vil korrelere med hvor ofte personalet møter selvmordsnære pasienter i sitt arbeide – jo oftere en møter selvmordsnære pasienter i sitt arbeide jo bedre kjennskap vil en forventelig ha til gjeldende lover,

nasjonale retningslinjer, prosedyrer i EK, og rutiner ved egen seksjon (se tabell 3). For personale som møtte selvmordsnære pasienter nesten daglig rapporterte over 50 % at de var enten svært godt eller godt kjent med gjeldende lovverk, nasjonale retningslinjer og prosedyrer i EK, og nesten 90 % oppgir å være svært godt eller godt kjent med rutiner ved egen seksjon. De tilsvarende prosentandeler er enten like eller noe lavere hos dem som møter selvmordsnære pasienter 1–2 ganger pr. uke. For de som rapporterte at de svært sjelden møtte selvmordsnære pasienter, rapporterte kun 10–30 % at de var enten svært godt eller godt

Tabell 3. Rapportert kjennskap til rutiner og prosedyrer for vurdering av selvmordsrisiko gruppert etter hvor ofte en møter selvmordsnære pasienter.

Rutiner og prosedyrer	Nesten daglig	1–2 ganger pr uke	1–2 ganger pr måned	Noen ganger i året	Svært sjeldent	Test av forskjeller
Q1_1: Gjeldende lovverk						
Svært godt kjent med	13 (14.5)	3 (3.9)	8 (9.6)	6 (5.3)	1 (3.0)	$\chi^2=47.13$, $p<0.01$
Godt kjent med	38 (42.2)	31 (40.8)	25 (30.1)	29 (25.4)	6 (18.2)	
Kjent med	25 (27.8)	29 (38.2)	39 (47.0)	43 (37.7)	15 (45.5)	
Litt kjent med	13 (14.4)	13 (17.1)	9 (10.8)	30 (26.3)	6 (18.2)	
Ukjent med	1 (1.1)	0 (0.0)	2 (2.4)	6 (5.3)	5 (15.1)	
Q1_2: Nasjonale retningslinjer						
Svært godt kjent med	14 (15.6)	3 (3.9)	7 (8.4)	5 (4.4)	1 (3.0)	$\chi^2=48.05$, $p<0.01$
Godt kjent med	30 (33.3)	31 (40.8)	26 (31.3)	31 (27.2)	3 (9.1)	
Kjent med	31 (34.5)	22 (28.9)	38 (45.8)	42 (36.8)	15 (45.5)	
Litt kjent med	13 (14.4)	18 (23.7)	11 (13.3)	30 (26.3)	8 (24.2)	
Ukjent med	2 (2.2)	2 (2.6)	1 (1.2)	6 (5.3)	6 (18.2)	
Q1_3: Prosedyrer i EK						
Svært godt kjent med	16 (17.8)	8 (10.5)	12 (14.5)	16 (14.1)	1 (3.0)	$\chi^2=25.77$, $p=0.06$
Godt kjent med	40 (44.4)	41 (53.9)	30 (36.1)	40 (35.1)	8 (24.2)	
Kjent med	24 (26.7)	16 (21.1)	28 (33.7)	34 (29.8)	17 (51.5)	
Litt kjent med	7 (7.8)	10 (13.2)	11 (13.3)	21 (18.4)	5 (15.2)	
Ukjent med	3 (3.3)	1 (1.3)	2 (2.4)	3 (2.6)	2 (6.1)	
Q1_4: Rutiner ved egen seksjon						
Svært godt kjent med	43 (47.8)	28 (36.9)	30 (36.1)	38 (33.3)	6 (18.2)	$\chi^2=31.63$, $p=0.01$
Godt kjent med	36 (40.0)	37 (48.7)	39 (47.0)	47 (41.2)	14 (42.4)	
Kjent med	6 (6.7)	9 (11.8)	11 (13.3)	20 (17.6)	11 (33.3)	
Litt kjent med	3 (3.3)	2 (2.6)	3 (3.6)	9 (7.9)	1 (3.0)	
Ukjent med	2 (2.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.0)

kjent med gjeldende lover, nasjonale retningslinjer og prosedyrer i EK, mens 60 % rapporterte at de var svært godt kjent med rutiner ved egen seksjon. Oppfatninger/holdninger til rutiner og prosedyrer var ikke signifikant relatert til hvor ofte en møtte selvmordsnære pasienter i arbeidet.

Antall år på denne arbeidsplassen: Vi fant ingen statistisk signifikant sammenheng i rapportert kjennskap til formalkrav for selvmordsrisikovurdering og antall år i arbeidet. Men det var en statistisk signifikant sammenheng mellom denne faktoren og oppfatning og holdninger til prosedyrer og rutiner. Deltakere med lengre yrkeserfaring var i større grad enig i påstanden om at «Gode rutiner gjør arbeidet mer målrettet» ($p < 0,01$) og påstanden om at «Prosedylene og retningslinjene avklarer ansvar på en god måte» ($p = 0,07$).

Diskusjon

Personalets kjennskap og holdning til formalkravene for vurdering av selvmordsrisiko.

Resultatene indikerer at våre respondenter rapporterer god kjennskap til formalkrav om vurdering av selvmordsrisiko. Deltakerne rapporterte best kjennskap til rutiner i egen seksjon etterfulgt av prosedyrer i EK, gjeldende lovverk og nasjonale retningslinjer. Dette er de fire mest avgjørende kategoriene av retningsgivende

dokumenter for vurdering av selvmordsrisiko, i spennet fra lokalt til nasjonalt nivå. Generelt rapporterte deltakerne høy grad av kjennskap til den delen av formalkrav som er mest avgjørende for den kliniske praksisen, dvs. rutiner i egen seksjon. Imidlertid var rapportert kjennskap til både nasjonale retningslinjer og gjeldende lovverk noe lavere. Slik kjennskap var ikke forskjellig mellom mannlige og kvinnelige deltakere.

Da nasjonale retningslinjer kom ut i 2008 medvirket dette sannsynligvis til at praksis ble endret i mange fylker og modellert etter anbefalingene til rutiner og prosedyrer som ble gitt i retningslinjene. Det vil særlig være kjennskap til prosedyrer i EK og rutiner ved egen seksjon som er utslagsgivende for den kliniske praksisen. Ved Sykehuset Østfold ble seksjonsvise prosedyrer fjernet og erstattet med felles overliggende prosedyrer i EK i 2008, i forbindelse med at nasjonale retningslinjer kom ut. Dette ble gjort for å gjennomføre enhetlig begrepsbruk og motvirke misforståelser. Forskjellen mellom prosedyrer i EK og rutiner i egen seksjon er nå kun logistisk/teknisk ved at de mest benyttede prosedyrene i EK er gjort lettere tilgjengelig i seksjonene, eller ved at en enhet (ACT) har en egen marginalt forskjellig variant av rutinene tilpasset deres arbeidsområde. Når vi har presentert resultatene av undersøkelsen i faglige fora på Sykehuset Østfold og spurt hvorfor undersøkelsen viser en forskjell mellom prosedyrer i EK og rutiner i egen seksjon forklares dette ved at de prosedyrer som benyttes blir betraktet som rutiner i egen seksjon, selv om de samtidig er en del av en omfattende prosedyresamling i EK. Derfor er kjennskap til rutiner i egen seksjon den faktor som er mest styrende for klinisk praksis. Av våre respondenter angir 36,6 % å være svært godt kjent, 43,7 % godt kjent, 14,4 % kjent, 4,5 % litt kjent, og 0,8 % ukjent med rutiner i egen seksjon.

Resultatene av studien viser at respondentenes rapporterte kjennskap til formalkrav til selvmordsrisikovurdering varierer signifikant med yrkesbakgrunn, yrkeserfaring, og med hvor ofte de møter selvmordsnære pasienter. Det er forventet at de som ofte møter selvmordsnære pasienter har en bedre kjennskap til formalkrav. I nasjonale retningslinjer er det angitt, som nevnt i innledningen, at kartlegging og observasjon skal utføres av alt klinisk personale, mens vurdering av selvmordsrisiko skal utføres av leger, psykologer og andre med særskilte kvalifikasjoner. Den siste kategorien er det opp til det enkelte helseforetak å definere. Ved Sykehuset Østfold omfatter denne kategorien medarbeidere innen ambulante akutt-team og ACT med 3-årig høyskoleutdanning og videreutdanning i psykisk helsearbeid, som i tillegg til denne utdanningen har gjennomgått et særskilt kvalifiseringsprogram for vurdering av selvmordsrisiko (Sykehuset Østfold, 2016).

I kategoriseringen av yrker har vi valgt kategorien psykiatrisk sykepleier til tross for at videreutdanningen i psykisk helsearbeid har vært tverrfaglig siden

2005 (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Kategorien psykiatrisk sykepleier benyttes i dagligtalen i psykisk helsevern, slik at det er overveiende sannsynlig at sykepleiere med videreutdanning har kryssset av i denne yrkeskategorien. Når det gjelder yrkesgrupper ser en i resultatene det forventelige i det at de yrkesgruppene som har ansvaret for vurdering (i denne sammenheng i motsetning til kartlegging) av selvmordsrisiko, også har en høy grad av rapportert kjennskap til formalkravene.

Når det gjaldt forskjellene mellom deltakernes yrkesgruppe og oppfatning og holdning til rutiner og prosedyrer, hadde lege/psykiater mer kritiske og negative holdninger til noen aspekter ved prosedyrene. For eksempel var ca. 54 % av respondentene helt eller delvis enig i utsagnet «Vi bruker for mye tid på dokumentasjon og for lite på pasientene». En slik oppfatning var mest utbredt blant leger/psykiatere (75 %), etterfulgt av psykologer/psykologspesialister, deretter kategorien andre, og til sist sykepleiere/psykiatrisk sykepleiere. Videre var over 25 % av respondentene enig i påstanden «Dokumentasjon er bare til for at vi skal ha 'ryggen fri' dersom det går ille med pasienten» og at «Dokumentasjon er lederens behov for gode måltall». Igjen skårer lege/psykiater høyest her. Myhre (2016) finner også det samme når det gjelder lege/psy-

kiater, men finner en annen fordeling når det gjelder de andre yrkesgruppene (s. 33).

Det at lege/psykiater og psykolog/psykologspesialist er de yrkesgruppene som er mest kritiske til prosedyrene, kan ses i sammenheng med at det er nettopp disse yrkesgruppene som i henhold til nasjonale retningslinjer får oppgaven med å foreta vurdering av

selvmordsrisiko. Siden det ikke var noen kjønnsforskjell i deltakerens yrkestitler, var det ingen mulighet for at disse funnene kunne bli konfundert av kjønn. Som følge av det juridiske fokuset i psykisk helsevern

Som følge av det juridiske fokuset i psykisk helsevern i dag, kan det tenkes at pasienter i for stor grad blir sendt videre fra kartlegging til vurdering «for sikkerhets skyld».

i dag, kan det tenkes at pasienter i for stor grad blir sendt videre fra kartlegging til vurdering «for sikkerhets skyld» – litt i tråd med det som i den engelskspråklige litteraturen blir kalt «defensive medicine» (Bleich et al., 2011); klinikerens handlinger bestemmes av hensynet til å dekke seg selv juridisk mer enn av hensynet til det

som er beste behandling for pasienten (Larsen, 2010; Stangeland, 2012). Mange leger og psykologer forteller at de blir satt til å gjøre så mange selvmordsrisikovurderinger at dette opptar en uforholdsmessig stor del av arbeidstiden. Det å gjøre en god selvmordsrisikovurdering av pasienter de ikke har kjennskap til fra før vil også være svært arbeidskrevende. Leger og psykologer kan også føle at det ligger en asymmetri i dette; annet personale kan ha bedre kjennskap til pasienten, mens de selv er ansvarlige for å utføre selvmordsrisikovurderingen. Denne dynamikken hvor leger og psykologer blir sittende som «siste ledd i ansvarskjeden» kan være en grunn til at det er de som i størst grad oppfatter de negative aspekter ved prosedyrene. I tillegg til selve vurderingen kan irritasjon over den tid som går med til å skrive inn dokumentasjon i DIPS virke i samme retning når det gjelder holdning til prosedyrene.

Når det gjelder klinisk erfaring, var holdninger til rutiner og prosedyrer ikke signifikant relatert til hvor ofte en møtte selvmordsnære pasienter i arbeidet, men respondenter med lengre yrkeserfaring i større grad var enig i påstandene «Gode rutiner gjør arbeidet mer målrettet» og «Prosedylene og retningslinjene avklarer ansvar på en god måte». En kunne tenke seg at mer uerfarne klinikere/personale var de som var mest positive til de siste utsagnene, fordi prosedyrene hjelper til med å strukturere en kompleks og mangefasettert klinisk situasjon, mens mer erfarne klinikere kunne forventes å være mer kritiske, fordi de samme prosedyrene

Dette impliserer at rutiner og prosedyrer ikke kun er til hjelp i begynnelsen av karrieren, men at også erfarne klinikere opplever nytten av dem.

impliserer at rutiner og prosedyrer ikke kun er til hjelp i begynnelsen av karrieren, men at også erfarne klinikere opplever nytten av dem.

Styrker og begrensninger ved studien

Den foreliggende studien er etter det vi kjenner til den mest omfattende studien som undersøker personale i psykisk helsevern om deres kjennskap til formalkrav i vurdering av selvmordsrisiko, samt deres holdninger til disse. Mens tidligere studier har fokusert på et mindre utvalg, fra én enkelt til få profesjoner, omfatter denne studien hele bredden av profesjoner i psykisk helsevern; fra psykiatere, psykologer, sykepleiere og andre profesjoner som vernepleiere og sosionomer. Dette muliggjorde å få innsikt i rapportert kjennskap og holdninger

til rutiner og prosedyrer for vurdering av selvmordsrisiko, og hvordan disse henger sammen med faktorer som yrkeskategori og arbeidsplass, samt klinisk erfaring med selvmordsnære pasienter. Responsraten på 36,3 % anses som akseptabel for denne type studie (se for eksempel Fryrear, 2015). Likevel kan vi ikke fastslå hvorvidt det foreligger signifikante forskjeller i rapportert kjennskap eller holdninger til rutiner og prosedyrer mellom de som svarte på undersøkelsen og de som ikke gjorde det. Undersøkelsen ble gjennomført i ett enkelt fylke og der er derfor usikkert hvorvidt resultatene er representative for andre fylker. Sammenlignet med studien fra Vestfold (Myhre, 2016) viser vår studie imidlertid klart de samme overliggende tendensene.

Tolkning av svarene

Hvordan skal vi tolke respondentenes enighet eller uenighet i disse påstandene? Undersøkelser av denne typen har ingen på forhånd gitt «baseline» som en kan måle resultatene opp mot og konkludere med om det en har funnet er «mye» eller «lite». En konklusjon her blir svært avhengig av den subjektive oppfatning til den som tolker data har om hva som var forventet. Vi synes, på bakgrunn av diskusjoner med klinikere både i formelle og uformelle fora, at deres aksept av rutiner og prosedyrer og begrunnelsene for å anvende rutiner og prosedyrer, var høy i forhold til det vi hadde forventet.

La oss ta et eksempel på det subjektive og relative i fortolkningen av resultatene ved å velge en av påstandene med en ekstrem/aksentuert fordeling av enighet og uenighet. Vi kan ta den påstanden respondentene var mest uenig i: «Dokumentasjon er bare til for at vi skal ha 'ryggen fri' dersom det går ille med pasienten». 53,6 % er enten delvis uenig (27,8 %) eller helt uenig (25,8). På bakgrunn av dette kan en si at respondentene massivt avviser påstanden (og dens ensidige legalistiske og juridiske innhold). Men legg merke til hvor ekstrem påstanden er; at dokumentasjon bare er til for at en skal ha «ryggen fri» vil si at den er meningsløs på andre måter, for eksempel å være til nytte i pasientbehandlingen. Ser en svarene i lys av dette momentet, kan en også argumentere for at det er overraskende at 3,8 % er helt enig og 22,5 % er delvis enig i en så spissformulert påstand. Det er således avgjørende å være bevisst sine egne forventninger i tolkningen av resultatene.

Som nevnt innledningsvis har det foregått en debatt om vurderinger av selvmordsrisiko kan komme i konflikt med terapi og «care». Siden klinikerens tid er begrenset vil en kunne se for seg en situasjon hvor disse hensyn ikke forenes, men går på bekostning av hverandre. Våre funn indikerer at klinikere er ambivalente til prosedyrer og rutiner; de ser fordelene med at prosedyrer strukturerer risikovurderingen og gjør den mer målrettet og fokusert, men beklager seg samtidig over den tid det tar samt det «juridiske» fokus prosedyrene kan skape. Som nevnt synes vi, på

bakgrunn av blant annet denne debatten, at personalet hadde mer positive holdninger til prosedyrene enn vi hadde forventet. Denne ambivalensen er også funnet i den andre studien i psykisk helsevern vi fant i den internasjonale litteraturen. Wand et al. (2015) oppsummerer sine resultater slik:

...respondents generally agreed that risk assessment and management practices make a difference to the outcome for consumers, and were reassured by such practices. There were also high levels of agreement that risk assessment and management is essential to maintaining safety and delivering good care. High levels of confidence in their judgement were also expressed by respondents when carrying out risk assessment and management practices. Somewhat paradoxically, respondents identified organizational pressure and a 'culture of blame' around risk assessment and management, and of being left to feel responsible following an adverse event, but felt supported by the mental health service (s. 148).

En lignende ambivalens er også funnet i andre sektorer i helsevesenet. I en spørreskjemaundersøkelse blant medisinsk personale ved en kvinneklinikk i England finner Hackett (1999) at «...there was a real concern that clinical freedom will be eroded by clinical governance, but more consistent clinical performance will be secured» (s. 212).

Siden selvmord er et multifaktorielt betinget fenomen, er det vesentlig at bredspektret selvmordsforebyggende tiltak settes inn på alle nivåer i samfunnet, men psykisk helsevern og rusbehandling må nok sies å utgjøre en spesielt viktig arena. Det er en betydelig sammenheng mellom kontakt med spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern og selvmord. I en studie av alle selvmord i Oslo i perioden 1992–1998 fant Walby et al. (2006) at ved en firedel av alle selvmordene hadde personen enten vært innlagt i psykiatrien i løpet av de siste tre år før selvmordet skjedde (77,9 %) eller var innlagt da selvmordet skjedde (22,1 %). Forskning utført i den senere tid kan tyde på at sammenhengen er enda sterkere (Walby, 2017; Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging, 2018), noe som ytterligere understreker viktigheten av selvmordsforebyggende tiltak innen psykisk helsevern og rusbehandling.

Konklusjon

Vi fant at respondentene gjennomgående rapporterte god kjennskap til formalkrav til selvmordsrisikovurderinger, selv om det alltid vil være rom for forbedringer. Respondentene viste en ambivalent holdning til rutiner og prosedyrer for selvmordsrisikovurderinger ved at de både så fordeler (målrettethet og trygghet på å få med seg det som er relevant) og ulemper ved dem (tidkrevende og juridisk fokus). Hovedinntrykket er likevel en positiv grunnholdning, «alt i alt».

Leveret: 02.07.18 – Revidert: 30.11.18 – Godkjent: 01.12.18

Takk til: Mange har hjulpet til med velvillig tilrettelegging og innsamling av data på Sykehuset Østfold: Kst. direktør Irene Dahl Andersen, Avdelingssjef Knut-Erik Hymer, og Forskningsavdelingen. Tusen takk også til Fagbiblioteket og Psykiatrisk ekspedisjon og ikke minst til de som besvarte spørreskjemaet

REFERANSER:

- Bleich, A., Baruch, Y., Hirschmann, S., Lubin, G., Melamed, Y., Zemishlany, Z. & Kaplan, Z. (2011). Management of the suicidal patient in the era of defensive medicine: focus on suicide risk assessment and boundaries of responsibility. *Israel Medical Association Journal*, 13, 633–636.
- Chundury, S., Browne, S., Pollio, D.E., Hong, B.A., Roy, W., Roaten, K., Khan, F. & North, C.S.: (2017). Suicide risk assessment and management in the psychiatric emergency service: Psychiatric provider experience and perceptions. *Archives of Suicide Research*. 27. desember: 1-14. doi: 10.1080/13811118.2017.1414648. [Epub ahead of print].
- Ekeland, T.-J. (2004). Autonomi og evidensbasert praksis. Senter for profesjonsstudier. Høyskolen i Oslo.
- Ekeland, T.-J. (2009). Hva er evidensen for evidensbasert praksis? I H. Grimen og L. I Terum (red). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag. Kapittel 8: 145–168.
- Flynn, R. (2002). Clinical governance and governmentality. *Health, risk & society*, 4 (2) doi: 10.1080/13698570220137042
- Fryrear, A. (2015). What's a good survey response rate? <https://www.surveymogizmo.com/resources/blog/survey-response-rates/>. Lastet ned 6. november, 2018.
- Godin, P.M. (2004). «You don't tick boxes on a form»: A study of how community mental health nurses assess and manage risk. *Health, Risk & Society*, 6, 347–360.
- Grimen, H. & Terum, L.I. (red.) (2009). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Hackett, M.C. (1999). Implementing clinical governance in trusts. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 12, 210–213.
- Hagen, J. (2018). Care and control – exploring experiences and perceptions of treatment and care of suicidal inpatients in psychiatric wards. *Doktorgradsavhandling*. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Hagen, J., Hjelmeland, H. & Knizek, B.L. (2017). Relational principles in the care of suicidal inpatients: Experiences of therapists and mental health nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 38, 99–106.
- Hagen, J., Hjelmeland, H., Espeland, K. & Knizek, B.L. (2018). Bedre omsorg, færre selvmord? *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*. 5. februar.
- Harrison, S.: *The politics of evidence-based medicine in the United Kingdom*. *Polity and Politics*, 26, 15–31.
- Herrestad, H. & Larsen, K. (2012). Kartlegging, observasjon og vurdering av selvmordsrisiko. Publisert online på www.rvts.no
- Larsen, K. (2010). Antiterapeutiske effekter av selvmordsforebyggende tiltak. www.rvts.no
- Lov om helsepersonell (helsepersonelloven) av 2. juli, 1999, paragraf 4.
- Lov om spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven) av 2. juli, 1999, paragraf 2-2.
- Muir-Cochrane, E., Gerace, A., Mosel, K., O' Kane, D., Barkway, P., Curren, & Oster, C.: (2011). Managing risk: Clinical decision-making in mental health services. *Issues in Mental Health Nursing*, 32, 726–734.

Myhre, T. (2016). «Mellom frustrasjon og mening». Hvordan opplever behandlere i psykisk helsevern formalkrav knyttet til vurdering av selvmordsfare? Masteroppgave. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging. Universitetet i Oslo.

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging (2018). Selvmord i spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern og rus mellom 2008 og 2015. www.uio.no/kartleggingssystemet

Sackett, D.L., Rosenberg, W.M., Muir Gray, J.A., Haynes, R.B. & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.

Smith, M.J., Bouch, J., Broadstreet, S., Lakey, T., Nightingale, A. & O'Connor, R. (2015). Health services, suicide, and self-harm: Patient distress and system anxiety. *Lancet Psychiatry*, 2, 275-280.

Sosial- og helsedirektoratet (2008). Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. (IS-1511/2008). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Stangeland, T. (2012). Når sikreste behandling ikke er beste behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49., 138-144.

Sykehuset Østfold, (2016). Kvalifiseringsprogram for selvmordsrisikovurderinger – DPS ambulante team og ACT. Dokumentnummer ID: D26585. Elektronisk kvalitetshåndbok.

Sørum, P.E. (2012). Selvmordsforebygging i akutteam ved DPS. – En kvalitativ studie av hvordan høyskoleutdannet helsepersonell i DPS akutteam beskriver selvmordsforebyggende praksis i temaet etter at de nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern ble utgitt. Masteroppgave. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging. Universitetet i Oslo.

Tversky, A. & Kahneman, D. (1981). The framing of decisions and the psychology of choice. *Science*, 211, s. 453-458.

Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). Rammepplan og forskrift for videreutdanning i psykisk helsevern.

Walby, F.A. (2017). Resultater; Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. 9. Nasjonale konferanse om selvmordsforskning og forebygging. Oslo 27.-28. november.

Walby, F.A., Odegaard, E. & Mehlum, L. (2006). Psychiatric comorbidity may not predict suicide during and after hospitalization. A nested case-control study with blinded raters. *Journal of Affective Disorders*, 92., 253-260.

Waern, M., Kaiser, N. & Salander Renberg, E. (2016). Psychiatrists' experiences of suicide assessment. *BMC Psychiatry*, 16, 440-450.

Walshe, K. & Shelton, T. (1998). Dealing with clinical risk: Implications of the rise of evidence-based health care. *Public Money and Management*, 18, 15-20.

Wand, T., Isobel, S. & Derrick, K. (2015). Surveying clinician perceptions of risk assessment and management practices in mental health service provision. *Australasian Psychiatry*, 23, 147-53.

Østlie, K. (2018). Listening to suicidal patients in psychotherapy: How therapeutic relationships may expand patients' prospects for living their lives. PhD avhandling. Psykologisk institutt, Universitetet Oslo.

KIM LARSEN er psykologspesialist ved Sykehuset Østfold/RVTS Øst og er også tilknyttet Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Han er spesialist i klinisk samfunnspsykologi og arbeids- og organisasjonspsykologi. Faglige spesialinteresser er: sosialpsykologi, Freud-biografi og psykoanalytisk historie, psykiatrihistorie og suicidologi.

PING QIN er professor, dr. med., spesialist i psykiatrisk epidemiologi ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Hun er gruppeleder av registerforskning på selvmord og villet egenskade.