

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

## Legevaktpersonells erfaring med pasienter med gjentakende selvmordsatferd

**Camilla Pettersen**

Sykepleier  
Stavanger legevakt

**Kristine Rørtveit**

Professor  
Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger og Psykiatrisk klinikk, Stavanger universitetssjukehus

**Akuttmedisin**

**Kvalitativ metode**

**Legevaktpersonell**

**Selvmordskrise**

Sykepleien Forskning 2025;20(100025):e-100025

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2025.100025](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2025.100025)

**Bakgrunn:** Pasienter med gjentakende selvmordsatferd har ofte et omfattende hjelpeapparat rundt seg og er hyppig i kontakt med akuttmedisinske helsetjenester. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern omtaler pasientgruppen som kronisk suicidale. De påpeker at innleggelse på døgninstitusjon ofte er kontraproduktivt til tross for pasientenes hyppige trusler om selvmord. Legevakten er ofte pasientgruppens første møte med helsetjenesten i akutte situasjoner. Det er vanskelig å finne kunnskap om helsepersonells erfaringer med slike møter.

**Hensikt:** Å utforske helsepersonells erfaringer med å møte pasienter med gjentakende selvmordsatferd på legevakten.

**Metode:** Kvalitativ studie der vi brukte semistrukturerte intervjuer for å samle inn data. Totalt åtte informanter deltok i studien. Samtlige var sykepleiere eller leger ved to legevakter i Sørvest-Norge. Dataene ble analysert etter inspirasjon fra Braun og Clarkes tematiske analyseprosess.

**Resultat:** Helsepersonell omtalte møtet med pasientgruppen som å manøvrere mellom ansvar og maktesløshet. Den store ansvarsbyrden pasientgruppen representerte, skapte uro mellom hjelpeinstansene. Store vurderinger måtte fattes på bakgrunn av lite informasjon. Journalsystemer som ikke kommuniserte med hverandre, gjorde at de oppfattet pasientens selvmordskrise forskjellig. Verktøy som var dårlig tilpasset pasientgruppen, samt usikkerhet rundt egen kompetanse medførte at helsepersonell kjente på både ansvarsbyrde og maktesløshet.

**Konklusjon:** Funn fra studien viser at det er et behov for økte ressurser på ulike nivåer. Behovet omfatter blant annet journalsystemer som samhandler, forbedret samarbeid mellom hjelpeinstanser, personalveiledning og kompetanseheving. I tillegg belyser studien nødvendigheten av at den aktuelle pasientgruppen mottar adekvat og langsiktig behandling for å forebygge unødvendig kontakt med legevakten.

## Introduksjon

Verdens helseorganisasjon (1) anslår at over 700 000 mennesker begår selvmord hvert år. For hvert selvmord som gjennomføres, finnes det atskillig flere selvmordsforsøk. I Norge begår omtrent 650 mennesker selvmord årlig, og to tredeler er menn (2). Mennesker med alvorlige psykiske lidelser har økt risiko for selvmord, og Europa topper denne statistikken (2, 3).

Selvmondsatferd omfatter tanker om, planer for og trusler om samt forsøk på å gjennomføre selvmord (4). Det anslås at rundt 17 prosent av befolkningen vil ha tanker om selvmord gjennom et livsløp. Forekomsten er høyere blant ungdom (5).

Hos noen kan selvmordstanker og -planer bli mer vedvarende i tillegg til et selvdestruktivt handlingsmønster i form av villet egenskade og selvmordsforsøk. *Kronisk suicidalitet* er et begrep som er assosiert med konstante selvmordsplaner og -tanker i tillegg til et handlingsmønster som er preget av repeterende selvdestruktivitet, selvskading eller selvmordsforsøk (6). Begrepet synes å være veletablert i fagmiljøet til tross for at det er omdiskutert (7, 8).

Kronisk suicidalitet ses oftest i sammenheng med diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (7), der selvmordsatferd er et av diagnosekriteriene. Andre symptomer er intense og ustabile følelser, identitetsproblemer, ustabile mellommenneskelige relasjoner, impulsivitet og selvdestruktive tanker og handlinger (9).

For de fleste som strever med selvmordstanker og -atferd, vil impulsene være fluktuerende i perioder. Merkelappen kan slik sett være tilslørende fordi man kan overse en akutt selvmordsfare (7). Dette symptombildet omtales som *gjentakende selvmordsatferd* i denne studien.

Pasienter med gjentakende selvmordsatferd er hyppige brukere av helsetjenester (6, 8) og søker i stor grad inn mot hjelpeapparatet (5, 10). En forklaring kan være mangel på gode behandlingstilbud på kommunalt nivå (11).

Pasientgruppen profitterer dårlig på innleggelse i døgnenheter (12), og nasjonalfaglige retningslinjer (6) påpeker at de helst bør behandles poliklinisk med tett oppfølging over tid. Risikoen for selvmordsfare er noe høyere for denne gruppen enn for pasienter med mer tidsavgrenset selvmordsproblematikk (6).

Helsepersonell må kjenne til motoverføringsreaksjoner som kan oppstå i møte med pasienten (10). Motoverføringer kan defineres som de interne og eksterne reaksjonene som oppstår hos behandleren i møte med pasientens kommunikasjonsstil. Det pasienten overfører til behandleren, skaper interne eller eksterne reaksjoner hos behandleren og kommuniseres tilbake til pasienten, oftest ubevisst (13).

For stort ansvar innen slik utøvelse av omsorgsfag kan lede til utbrenthet (14), noe som i neste omgang kan gå ut over hvordan man håndterer arbeidsoppgaver (15).

Måten selvmordsforsøket blir forstått på av helsepersonellet, kan ha betydning for personens opplevelse av skam og bedringsprosess. Pasientene forteller om fordomsfulle møter med og negative holdninger blant helsepersonell når de oppsøker akuttmedisinsk hjelp for sin selvmordskrise (16, 17).

En studie undersøkte hyppigheten i bruk av akuttmedisinske tjenester blant pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse. Den fant blant annet at 23 av personene i studien til sammen hadde oppsøkt helsetjenesten 3359 ganger i løpet av en seksårsperiode (11). Dette ga et gjennomsnittlig besøksintervall på 146 ganger for hver enkelt.

Kommunal legevaktordning er en del av det akuttmedisinske tilbudet utenfor sykehus, i tett samarbeid med medisinsk nødtelefon (AMK/113) og ambulansetjenesten (18). Ansvar er blant annet å yte øyeblikkelig hjelp gjennom hele døgnet til mennesker som oppholder seg i kommunen.

Ambulant akutteam (AAT) er direkte knyttet til distriktpsikiatriske sentre, underlagt spesialisthelsetjenesten, og skal sikre et helhetlig tjenestetilbud mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten (19). AAT er et lavterskeltilbud som skal kunne tilby rask og kortvarig akutt behandling ved alvorlig psykisk krise eller henvise videre til andre enheter i psykisk helsevern.

Kvalitativ forskning på helsepersonells erfaringer i møte med denne pasientgruppen vil bidra til å tette kunnskapshullene på feltet.

## ***Hensikten med studien***

Hensikten med studien var å utforske helsepersonells erfaringer på legevakten med å møte pasienter med gjentakende selvmordsatferd.

## **Metode**

Vi benyttet en kvalitativ studiedesign med semistrukturerte intervjuer av helsepersonell ved to mellomstore legevakter i Sørvest-Norge. Intervjuene ble tatt opp med ekstern lydopptaker. Intervjuene varte i gjennomsnitt 30 minutter og ble utført og transkribert av førsteforfatteren.

Kodingen ble utført av førsteforfatteren og tatt videre til analytisk drøfting sammen med sisteforfatteren. Studien er basert på førsteforfatterens masteroppgave, som sisteforfatteren var hovedveileder på.

## ***Studiekontekst***

Kommunal legevaktordning er et lovpålagt tilbud i henhold til akuttmedisinforskriften (18) og helse- og omsorgstjenesteloven (20). Kommunen kan ha egen legevaktordning eller inngå samarbeid med andre kommuner (21). I 2022 var det registrert 168 legevakter og 94 legevaktsentraler i Norge fordelt på landets 356 kommuner (22). Studien inkluderte informanter fra to mellomstore legevakter i Sørvest-Norge.

## ***Utvalg og datainnsamling***

Ved å bruke et strategisk utvalg intervjuet vi åtte deltakere: seks sykepleiere og to leger mellom 25 og 50 år. En var mann og resten kvinner.

Vi benyttet individuelle, semistrukturerte intervjuer som ble utført elektronisk ved digital videokonferanse og tatt opp med ekstern lydopptaker. Informasjonsskriv om prosjektet ble sendt til administrasjonspersonellet ved aktuelle legevakter for videre distribuering til mulige kandidater. Noen av deltakerne ble rekruttert ved såkalt snøballmetode (23).

Helsepersonell som hadde jobbet minimum i ett år ved legevakten, og som hadde vaktbelastning tilsvarende 75 prosent stilling eller høyere, ble inkludert i studien. Vi ekskluderte informanter som ikke møtte kriteriene.

## ***Analyse***

Tematisk analyse etter trinnene til Braun og Clarke ble gjennomført med en induktiv tilnærming (24, 25) der vi ble kjent med datamaterialet, genererte foreløpige koder, søkte etter temaer, reviderte temaene, definerte og navnga temaene og ferdigstilte rapporten.

Vi transkriberte datamaterialet ordrett, leste gjennom det flere ganger og identifiserte mønstre og likheter i teksten. Mønstre som gikk igjen, dannet grunnlaget for foreløpige koder. Informantenes utsagn ble plassert under det tilhørende kodeordet, som ble slått sammen til midlertidige temaer.

Vi vurderte kontinuerlig temaene og endret flere ganger underveis etter hvert som vi ble bedre kjent med datamaterialet (24). Til slutt satt vi igjen med ett hovedtema og fire undertemaer (tabell 1).

**Tabell 1.** Oversikt over funn – hovedtemaer og undertemaer

<b>Hovedtema: Å manøvrere mellom ansvar og maktesløshet</b>				
<b>Undertema</b>	Å slites mellom ulike ressurskrav og forskjellige helseinstanser	Å balansere mellom klinisk erfaring og manglende kompetanseheving	Å veksle mellom tro og tvil	Å vurdere komplekse situasjoner på tynt grunnlag
<b>Koder</b>	Om samarbeid mellom flere akuttinstanser samtidig  Om ansvar  Om konflikter mellom nødetater	Om manglende erfaring og behov for kompetanseheving  Om ønske om retningslinjer	Om å stole på hva pasienten formidler  Om å føle en blir manipulert  Om å møte pasienter som kjenner systemet  Om å møte pasienter en kjenner til fra før	Om journalsystem som ikke samhandler  Om å oppfatte alvorsbildet forskjellig fra sine kolleger  Om å mangle kolleger å støtte seg til  Om å mangle tilgang til nok informasjon om pasienten  Om å kjenne på emosjonell belastning

## **Etikk**

Studien er meldt til Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, referansenummer 795712. Studien falt utenfor godkjenningsplikten til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Samtlige informanter deltok frivillig og samtykket ved å signere et samtykkeskjema. Studien følger etiske prinsipper som kommer frem av Helsinkideklarasjonen (26).

## **Forforståelse**

Forfatterne av artikkelen er sykepleiere og har jobbet innen psykisk helsevern. Førsteforfatteren arbeidet på legevakten i skriveperioden, men ikke på en av dem som er inkludert i studien. Det er naturlig å anslå at vi på forhånd hadde gjort oss opp egne erfaringer om den aktuelle pasientgruppen, og at analysen kan bære preg av en slik forforståelse. Det var vi bevisst på gjennom hele analyseprosessen.

Vi hadde ingen kjennskap til informantene i forkant av studien. Mulige feilkilder kan være knyttet til hvordan vi har utformet intervjuene og analysen. Vi har gjort et bevisst forsøk på å holde en distanse til datamaterialet i analyseprosessen. Analysen ble lagt frem i masterseminarer og på flere veiledningsmøter, og prosessen har vært åpen og transparent.

## Resultater

Ett hovedtema ble utviklet: «Å manøvrere mellom ansvar og maktesløshet». Det viste en rød tråd i forholdet mellom ansvar og maktesløshet. Møtet med personer med gjentakende selvmordsatferd ved legevakten innebar ofte et tverrfaglig samarbeid mellom helse, politi og andre institusjoner.

Ansvarsbyrden skapte uro innad i helseinstansene. Sammen med pasientgruppens hyppige kontakt med legevakten medførte det at legevaktpersonellet vekslet mellom å kjenne på ansvar og maktesløshet. Dette ble beskrevet nærmere under følgende undertemaer:

### ***Å slites mellom ulike ressurskrav og forskjellige helseinstanser***

Informantene beskrev at kompleksiteten til pasientgruppen førte til uro og diskusjoner mellom nødetatene. Flere instanser kunne være involvert i en og samme pasienthenvendelse, og dialogen bar ofte preg av at ingen ville sitte med det endelige ansvaret dersom noe gikk galt:

«Det skaper konflikter mellom nødetatene. For dette involverer ofte andre samarbeidspartnere, både ambulanse og politi. Det skaper uro i samarbeidet der. Det skaper ansvarsfraskrivelse [...] ja, jeg synes at det er vanskelig» (informant 3).

Informantene beskrev tverrfaglige utfordringer i samarbeidet om pasienten. Flere hevdet at det virket som om de jobbet ut fra ulike krav og retningslinjer. Det medførte at legevakten tilsynelatende fikk en slags koordinatorfunksjon blant partene, uten at det forelå noen konkret plan. Denne uklarheten førte dessuten til en større ressursbruk rundt pasienten enn det som ble ansett som hensiktsmessig.

Møtet med pasientgruppen ble omtalt i metaforisk forstand. Noen omtalte behandlingen legevakten kunne tilby, som brannslukking, og andre beskrev pasientene som kasteballer innad i systemet.

Ressursmessige utfordringer ble omtalt. Flere beskrev at pasientgruppen ofte var kjennetegnet av utfordrende atferd, og at det ikke var uvanlig at de måtte avse en sykepleier i flere timer. Slike situasjoner resulterte i at færre ansatte var tilgjengelige for andre ventende pasienter.

Arbeidsbyrden økte for resten av vaktteamet. Telefonsentralen ble besvart av sykepleiere, og det kunne ofte være tidkrevende å finne gode løsninger innen rimelig tid, uten unødvendig ressursbruk.

En gjennomgående erfaring var at pasienter med psykiske helsevansker tok lengre tid å behandle enn pasienter med somatiske helsevansker, og at legevaktlokalene ikke var godt

egnet til denne pasientgruppen.

Temaet belyste hvordan personalet opplevde det å slites mellom ulike ressurskrav og forskjellige helseinstanser, tverrfaglige utfordringer og ressursbruk.

### **Å balansere mellom klinisk erfaring og manglende kompetanseheving**

De beskrev at de var bekymret for sin egen kompetanse knyttet til pasienter med gjentakende selvmordsatferd. Flere ønsket økt satsing på kompetanseheving på arbeidsplassen. Noen erfarte at kursene de ble tilbudt, var tilstrekkelige, men presiserte samtidig at de ikke gjorde dem noe tryggere i etterkant i møte med pasientgruppen:

«Den pasientgruppen som har *kronisk* selvmordsfare, er et tema vi har hatt flest kurs om. Men uansett hvor mye kunnskap du søker, hvor mange kurs vi går på – hvor mange e-læringskurs du tar, så føler jeg at det er veldig lite teori som stemmer om akkurat denne pasientgruppen [...] Men jeg tror det handler om at det ikke er noe godt svar [...] i en legevaktsammenheng. Vi er jo en akuttinstans» (informant 3).

Erfaring gjorde at noen av informantene kjente seg tryggere i vanskelige avgjørelser, til tross for ansvaret som fulgte med:

«Min kompetanse er jo ikke sånn veldig spiss. Men du får jo utrolig mye øving på det på legevakten. Vi har jo disse problemstillingene daglig. Så man blir jo tryggere på å sende dem hjem – selv om de forteller at de er redd for at de skal ta sitt eget liv» (informant 6).

De fleste uttrykte et ønske om klarere retningslinjer i møte med pasientgruppen.

Temaet belyste hvordan balansen mellom klinisk erfaring og kompetanse påvirket informantenes trygghet, og at erfaring var det som ga mest trygghet.

### **Å veksle mellom tro og tvil**

Flere hadde erfart vansker med å vurdere om pasienten snakket sant eller ikke når vedkommende over telefon la frem trusler om selvmord eller påstander om allerede utførte handlinger i selvmordshensikt.

Mange forklarte det med at pasientgruppen var godt kjent med hvordan nødetatene jobbet, og at de visste hvilke uttalelser som ville frembringe hvilke responser. En slik tvil gjorde det utfordrende å møte pasientgruppen rett:

«Jeg opplever jo at pasientene som klassifiseres som *kronisk suicidale*, er utfordrende [...] eller i kombinasjon med kanskje en personlighetsforstyrrelse. De er veldig utfordrende å møte rett. De er i behov for hjelp, men har på en måte fått beskjed om at de bør ikke legges inn. Man står litt sånn låst, føler jeg. Mens der utfordringene ligger, er hva vi kan tilby. Og hvor mye vi kan tilby av det. [...] Det jeg synes er vanskelig, er å vite om jeg kan stole på dem. Stole på at de snakker sant» (informant 2).

Til tross for at de noen ganger var usikker på hva pasientene formidlet, erfarte flere at det var lettere å håndtere telefonhenvendelser fra pasienter de kjente godt.

Temaet belyste hvordan sykepleieren kunne ha en forutinntatt holdning som skapte tvil, ambivalens og en følelse av å bli manipulert av pasienten. De følte at det var lettere når de møtte pasienter som de kjente fra tidligere møter på legevakten.

### ***Å vurdere komplekse situasjoner på tynt grunnlag***

Det var også utfordrende at etatene benyttet ulike journalsystemer som ikke kommuniserte med hverandre. Denne frustrasjonen kom tydeligst frem ved telefonhenvendelser fra pasienter, der personalet på legevakten skulle vurdere om vedkommende var i sin normale tilstand, eller om det hadde oppstått en akutt forverring:

«Noen ganger så har jeg jo ingen info. Hvis ikke de har vært i kontakt med oss før, så har jeg ingenting. Så derfor er det selvfølgelig lettere å vurdere *gjengangerne* egentlig, sant [...] vi sitter jo i en litt sånn vanskelig situasjon der, da, på legevakt, med at vi ikke har innsyn i verken fastlege eller sykehuset sine systemer og historikk» (informant 1).

Journalsystemer som ikke samhandlet, skapte også vansker når legevaktpersonellet skulle samarbeide med andre etater og vurdere hvilke tiltak som burde iverksettes. Ulike etater satt på ulik informasjon og kunne oppfatte alvoret rundt pasienten på forskjellig måte. Dette var særlig utfordrende utenfor kontortid, når andre instanser ofte var utilgjengelige. Det var særlig utfordrende på nattskiftene å mangle andre samarbeidspartnere å støtte seg til eller søke informasjon fra:

«Spesialisthelsetjenesten er utilgjengelig på nattetid. Det er på en måte legevakten som blir behandlingsapparatet. Det er ikke noen mestringsenhet, det er ikke noe distriktspsykiatrisk senter som du kan sette disse pasientene i kontakt med. Så vi står jo med hele ansvaret for denne pasientgruppen» (informant 3).

Manglende tilgang til informasjon om pasientene gjorde jobben enda vanskeligere. Temaet belyste belastningen ved å stå i komplekse situasjoner der legevaktpersonell opplever å mangle et tilstrekkelig grunnlag for å iverksette gode tiltak. Eksempler kunne være journalsystemer som ikke samhandlet, manglende støtte eller tilgang til informasjon og/eller samarbeidspartnere som hadde variert oppfatning av alvorlighetsgraden.

## **Diskusjon**

Hensikten med studien var som følger: å utforske helsepersonells erfaringer på legevakten med å møte pasienter med gjentakende selvmordsatferd.

### ***Ansvar og maktesløshet***

Studiens hovedtema viser at legevaktpersonell erfarer *å manøvrere mellom ansvar og maktesløshet* i møte med pasientgruppen. Studien viser at personell slites mellom ulike

ressurskrav. De formidler at de er usikker på sin egen kompetanse, og beskriver en ansvarsbyrde som skaper uro blant hjelpeinstansene. De formidlet at manglende tverrfaglig samarbeid og et journalsystem som ikke samhandler, gjør en vanskelig jobb enda vanskeligere.

## ***Ulike ressurskrav og forskjellige helseinstanser***

Undertemaet *å slites mellom ulike ressurskrav og forskjellige helseinstanser* viser at det er tid- og ressurskrevende å behandle pasienter som har gjentakende selvmordsatferd, på legevakten sammenliknet med pasienter som har mer avgrensede, somatiske helsevansker.

Walby og Ness (27) anslår at gjennom en intervensjonsmodell utviklet for legevakten vil en samtale på mellom 60 og 90 minutter kunne bringe pasienten ut av krisen, og man vil dermed unngå unødvendige innleggelser. Samtidig innebærer legevaktarbeid et møte med uselekterte, ukjente og ofte mange pasienter, med lite tid til disposisjon (28).

Når sykepleieren vet hvilke tiltak som bør iverksettes, men hindres fra å gjøre disse grunnet høyt arbeidspress og ressursmessige utfordringer, oppstår det et moralsk stress (29). Selvmordsforebyggende arbeid er komplekst og utfordrende, både faglig og følelsesmessig (6). Trusler om selvmord utfordrer oss på det følelsesmessige planet og skaper frykt for represalier og rettslig ansvar dersom det går galt (5).

Nasjonalfaglige retningslinjer (6) påpeker at involverte behandlingsinstanser bør samarbeide på en slik måte at pasientgruppen ikke blir kasterballe mellom ulike behandlingsnivåer og institusjoner. Hvem som har ansvaret for kvaliteten på det tverrfaglige samarbeidet, fremkommer derimot ikke, og man kan dermed anta at dette ligger hos den enkelte yrkesutøveren.

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (30) fremkommer det at sykepleiere bør jobbe på en slik måte at vedkommende fremmer åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av tjenesten. Følelsen av å stå alene med ansvaret kan i ytterste konsekvens medføre at sykepleierne forlater yrket (31).

## ***Klinisk erfaring og kompetanseheving***

Studien avdekker at helsepersonell opplever *å balansere mellom klinisk erfaring og manglende kompetanseheving*. Dette funnet er i tråd med studien til Rees og medarbeidere (32). De hevder at manglende satsing på kompetanseheving innen psykisk helse blant helsepersonell i den akuttmedisinske helsetjenesten er et gjennomgående funn fra tidligere forskning på feltet.

Rees og medarbeidere (32) påpeker at det mangler klare retningslinjer for hvordan pasientgruppen bør møtes. Pasienter med gjentakende selvmordsatferd er hyppigere i kontakt med det akuttmedisinske helsevesenet enn pasienter med andre psykiske helsevansker (11).

Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 (33) hevder at den akuttmedisinske kjeden ofte er første kontaktpunktet med helseapparatet for pasienter i selvmordsfare. Helsepersonellet må ha rett kompetanse og gode kommunikasjonsferdigheter samt egnede verktøy for å kunne vurdere alvorlighetsgraden og beslutte behandlingsnivået (33). Helsepersonell som jobber spesielt med denne pasientgruppen, har behov for særskilt opplæring og veiledning (6).

## ***Tro og tvil***

Undertemaet *å veksle mellom tro og tvil* tar opp en sårbar og vanskelig problemstilling. Personer med gjentakende selvmordsatferd har ofte grunnleggende vansker med å regulere følelser og impulser. Reaksjonene kan ofte være brå og unyanserte og føre til konflikter og misforståelser (34).

Pasienter med gjentakende selvmordsatferd kan vekke sterke emosjoner hos behandlerne (7). Noen kan bli idealisert, mens andre blir devaluert. Da kan de føle seg urettferdig behandlet, maktesløse og udugelige (12). Samtidig viser forskning at innleggelse på døgnavdeling ofte er kontraproduktivt for denne pasientgruppen (12).

Negative emosjoner som overføres fra pasienten, danner interne og eksterne reaksjoner hos hjelperen, som igjen, ofte ubevisst, overføres tilbake til pasienten (13).

## ***Komplekse situasjoner***

Undertemaet *å vurdere komplekse situasjoner på tynt grunnlag* avdekker at journalsystemer som ikke snakker sammen, gjør at de mangler viktig informasjon om pasientens behandlingsforløp og tilgang til pasientens kriseplan, der det foreligger en slik. Ofte blir pasienten lagt inn, selv om man kunne ha endret behandlingsplanen og satt inn akutte tiltak for å bedre pasientens langsiktige prognose (6).

Det kan føre til at pasientens selvstendighet undergraves og gi inntrykk av at innleggelse er det eneste rette hvis det oppstår en akutt krise (10). Det er en særlig utfordring for personellet på legevakten at de mangler andre tilgjengelige instanser å drøfte denne pasientgruppen med. Det ambulante akutteamet i det geografiske området i studien vår stenger kokken 21 på hverdager og 18 i helger. På helligdager holdes det helt stengt (35).

Oppsummert kan resultatene ses i lys av studier som viser at sykepleiere har større forekomst av utbrenthet når den moralske byrden føles for tung (14).

Maslach (15) beskriver hvordan ulike dimensjoner ved utbrenthet kan lede til kynisme og redusert faglig effektivitet, irritabilitet, tilbaketrekking og upassende holdninger, redusert produktivitet, en følelse av å bli svekket og sliten, lav moral og manglende mestringsevne (15). Dersom slike opplevelser får utvikle seg, vil det kunne ha store konsekvenser både for dem selv, pasientgruppen og hjelpetjenesten.

## ***Studiens styrker og begrensninger***

Vi brukte strategisk utvalg og snøballmetoden for å rekruttere informanter. Det kan være en svakhet at informanter som takker ja gjennom en slik rekrutteringsmetode, kan ha et større engasjement og mulig sterkere kritisk røst enn om vi brukte et tilfeldig utvalg. En personlig eller politisk agenda kan være motivasjonen for å melde seg til en slik studie. Faren er dermed at informantene er mer opptatt av å fremheve vanskeligheter med den aktuelle gruppen.

Kun én av deltakerne var mann, som også kan ses som en svakhet. Samtidig gjenspeiler det kjønnsrepresentasjonen i helse- og omsorgsykker, der hovedandelen av de ansatte er kvinner (36). Det ses som en styrke ved studien at informantene er rekruttert fra to ulike legevakter.

At intervjuene er foretatt med en digital videoløsning kan ha en lavere intervensjonseffekt enn fysiske intervjuer med en levende observatør til stede. For å unngå variasjon i svarene som en følge av ulike intervjumetoder foretok vi derfor samtlige intervjuer via Teams. Videointervjuer gir forskeren tilgang til ulike fenomener, særlig nonverbal kommunikasjon og bevegelser, og kan gjøre det lettere å tolke det som blir sagt (37).

Alle analysene ble startet av førsteforfatteren og deretter tatt med i refleksjon med sisteforfatteren, alltid knyttet opp mot målene for studien. På denne måten kunne resultatene valideres og gjennomgås med et kritisk blikk (38).

## Konklusjon

Helsepersonell erfarer å manøvrere mellom ansvar og maktesløshet overfor pasienter med gjentakende selvmordsatferd som oppsøker legevakten. Mye tyder på at denne manøvreringen bunner i behovet for økte ressurser på ulike nivåer. Bygninger som er egnet til å kunne vente på hjelp, journalsystemer som samhandler, bedre samarbeid mellom hjelpeinstanser og økt kompetanse er noen av disse behovene.

I tillegg belyser studien nødvendigheten av at den aktuelle pasientgruppen mottar adekvat og langsiktig behandling for å forebygge unødvendig kontakt med legevakten.

Opplæringsprogram knyttet til det å møte personer i selvmordskrise samt tilbud om faglig veiledning av legevaktpersonell synes å være helt nødvendig for at de skal kunne håndtere store emosjonelle påkjenninger.

Flere studier er nødvendig for å utforske hva den opplevde maktesløsheten kan føre til. Det trengs også mer forskning på forekomsten av utbrenthet og erfaringer med dette i møte med den aktuelle pasientgruppen i en akutfase.

*Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.*

Åpen tilgang [CC BY 4.0](#)



KRONISK SUICIDALE PASIENTER: Personalet på legevakta slites mellom ulike ressurskrav og forskjellige helseinstanser, tverrfaglige utfordringer og ressursbruk. *Illustrasjonsfoto: Mostphotos. Montasje: Sissel Vetter*

1. Verdens helseorganisasjon (WHO). Suicide prevention [internet]. Genève: WHO; u.å. [hentet 1. mai 2022]. Tilgjengelig fra: [https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1)
2. Folkehelseinstituttet. Selvmord i Norge [internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 30. juni 2014 [oppdatert 27. november 2014; hentet 1. mai 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelserapporten/psykisk-helse/selv-mord-i-norge/?term=>.
3. Xue-Lei Fu, Yan Qian, Xiao-Hong Jin, Hai-Rong Yu, Hua Wu, Lin Du, et al. Suicide rates among people with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* 2023;53(2):351–61. DOI: [10.1017/S0033291721001549](https://doi.org/10.1017/S0033291721001549)
4. Baker D, Blyth D, Stedman T, Meehan T. Case manager perceptions of emergency department use by patients with non-fatal suicidal behaviour. *Int J Ment Health Nurs.* 2021;30(2):487–94. DOI: [10.1111/inm.12810](https://doi.org/10.1111/inm.12810)
5. Paris J. Half in love with death: managing the chronically suicidal patient. New York: Routledge: 2006.
6. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; u.å. [oppdatert 1. januar 2008; hentet 1. mai 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonalt-faglig-retningslinje/selv-mord>
7. Ekeberg Ø, Hem E. Chronically suicidal? *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2017;137(21). DOI: [10.4045/tidsskr.17.0630](https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0630)

8. Cases C, Rapnouil SL, Gallini A, Arbus C, Salles J. Evidence of practice gaps in emergency psychiatric care for borderline personality disorder: How can this be explained? *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):476. DOI: [10.1186/s12888-020-02892-7](https://doi.org/10.1186/s12888-020-02892-7)
9. Karterud S, Wilberg T, Urnes Ø. *Personlighetspsykiatri*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
10. Hong V. Borderline personality disorder in the emergency department: good psychiatric management. *Harv Rev Psychiatry*. 2016;24(5):357–66. DOI: [10.1097/HRP.0000000000000112](https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000112)
11. Broadbear JH, Rotella J-A, Lorenze D, Rao S. Emergency department utilisation by patients with a diagnosis of borderline personality disorder: an acute response to a chronic disorder. *Emerg Med Australas*. 2022;34(5):731–7. DOI: [10.1111/1742-6723.13970](https://doi.org/10.1111/1742-6723.13970)
12. Ekeberg Ø, Kvarstein EH, Urnes Ø, Eikenæs IU-M, Hem E. Pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse trenger tilpasset akuttbehandling. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2019;139(15). DOI: [10.4045/tidsskr.19.0492](https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0492)
13. Hayes JA, Gelso CJ, Goldberg S, Kivlighan DM. Countertransference management and effective psychotherapy: meta-analytic findings. *Psychotherapy (Chic)*. 2018;55(4):496–507. DOI: [10.1037/pst0000189](https://doi.org/10.1037/pst0000189)
14. Zhou H. Relationship between empathy and burnout as well as potential affecting and mediating factors from the perspective of clinical nurses: a systematic review. *BMC Nurs*. 2025;24(1):38. DOI: [10.1186/s12912-025-02701-0](https://doi.org/10.1186/s12912-025-02701-0)
15. Maslach C. Finding solutions to the problem of burnout. *Consult Psychol J: Pract Res*. 2017;69(2):143–52. DOI: [10.1037/cpb0000090](https://doi.org/10.1037/cpb0000090)
16. Vatne M, Nåden D. «Jeg ville dø, men er jo glad jeg lever». *Tidsskr Psykisk Helsearbeid*. 2018;15(1):27–39. DOI: [10.18261/issn.1504-3010-2018-01-04](https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-01-04)
17. Freeman J, Strauss P, Hamilton S, Pugh C, Browne K, Caren S, et al. They told me «This isn't a hotel»: young people's experiences and perceptions of care when presenting to the emergency department with suicide-related behaviour. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(3). DOI: [10.3390/ijerph19031377](https://doi.org/10.3390/ijerph19031377)
18. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). FOR-2015-03-20-231 [hentet 1. mai 2022]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231>
19. Helsedirektoratet. *Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre (DPS)*. Oslo: Helsedirektoratet; 2014 [hentet 10. april 2023]. IS-2156. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/organisering-og-praksis-i-ambulante-akutteam-ved-distriktpsikiatriske-sentre/Organisering%20og%20praksis%20i%20ambulante%20akutteam%20ved%20distriktps>

[6591-4857-8932-](#)

[cbc907028e4e:6a2df85342bfb9bb9250539e3c72d6b97d530cec/Organisering%20og%20prak](#)

20. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30 [hentet 20. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
21. Helsedirektoratet. Organisering av legevakt [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2020 [hentet 10. juni 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legevakt-og-legevaktsentral/organisering-av-legevakt>
22. NORCE Norwegian Research Centre. Nasjonalt legevaktregister [internett]. Bergen: NORCE; 2022 [hentet 1. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.norceresearch.no/prosjekter/nasjonalt-legevaktregister>
23. Emerson RW. Convenience sampling, random sampling, and snowball sampling: how does sampling affect the validity of research? J Vis Impair Blind. 2015;109(2):164–8. DOI: [10.1177/0145482X1510900215](https://doi.org/10.1177/0145482X1510900215)
24. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77–101. DOI: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)
25. Clarke V, Braun V. Thematic analysis. J Posit Psychol. 2017;12(3):297–8. DOI: [10.1080/17439760.2016.1262613](https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613)
26. World Medical Association (WMA). WMA Declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human participants [internett]. Ferney-Voltaire: WMA; 2024 [hentet 1. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>
27. Walby FA, Ness E. Psychiatric treatment of deliberate self-harm in the out-of-hours services. Tidsskr Nor Laegeforen. 2009;129(9):885–7. DOI: [10.4045/tidsskr.08.0417](https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0417)
28. Vallersnes OM. The art of medicine at out-of-hours services. Tidsskr Nor Laegeforen. 2016;136(23–24):2032–3. DOI: [10.4045/tidsskr.16.0181](https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0181)
29. Clark P, Crawford TN, Hulse B, Polivka BJ. Resilience, moral distress, and workplace engagement in emergency department nurses. West J Nurs Res. 2021;43(5):442–51. DOI: [10.1177/0193945920956970](https://doi.org/10.1177/0193945920956970)
30. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere [internett]. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2023 [hentet 2. mai 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/etikko/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
31. Olsen TÅ. Tar vi vare på faglig og etisk kompetanse? Sykepl. 2019;107(76754):e-76754. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2019.76754](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.76754)

32. Rees N, Rapport F, Snooks H, John A, Patel R, Carter B, et al. Perceptions of paramedic and emergency care workers of those who self-harm: a systematic review of the quantitative literature. *J Psychosom Res.* 2014;77(6):449–56. DOI: [10.1016/j.jpsychores.2014.09.006](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.09.006)
33. Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 [internett]. Oslo: Regjeringen; 2020 [hentet 1. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selv-mord-2020-2025/id2740946/>
34. Ekeberg Ø, Kvarstein EH, Urnes Ø, Eikenæs IU-M, Hem E. Suicidale pasienter med personlighetsforstyrrelse. *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2019;139(15). DOI: [10.4045/tidsskr.19.0493](https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0493)
35. Helse Stavanger, Stavanger universitetssjukehus. Akutt psykisk helsehjelp for voksne [internett]. Stavanger: Helse Stavanger, Stavanger universitetssjukehus; u.å. [hentet 1. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helse-stavanger.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helsevern-voksne/stavanger-dps/ambulant-akutteam>
36. Cocker F, Joss N. Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2016;13(6):618. DOI: [10.3390/ijerph13060618](https://doi.org/10.3390/ijerph13060618)
37. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
38. Braun V, Clarke V, Josselson R. Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qual Psychol.* 2022;9(1):3–26. DOI: [10.1037/qua0000206](https://doi.org/10.1037/qua0000206)