

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune

*En kvantitativ observasjonell kohortstudie basert på et retrospektivt design av
lavterskel tilbud for kommunal psykisk helsehjelp.*



University of
Southern Denmark

Institut for Psykologi

Forord

Denne specialen markerer avslutningen på en kandidatuddannelse i psykologi ved Syddansk Universitet (SDU). Oppgavens tema og problemstilling ble inspirert ut fra et ønske om å lære mer om selvmordstanker og forebyggende psykisk helsearbeid. Gjennom forskningsprosjektet *systematisk kvalitetssikring av helsetjenester* fikk jeg tilgang på datamateriale som tillot videre utforskning av denne tematikken.

Jeg ønsker å takke min hovedveileder Malcolm Bang for veiledning og råd innenfor samarbeid med eksterne partnere, metode, statistiske analyser og utforming av oppgaven.

Jeg vil takke min bi-veileder Audun Havnen for tilgang til datamateriale, og Martin Schevik Lindberg for overlevering av datamaterialet. Data benyttet i denne oppgaven er innhentet fra forskningsprosjektet *Systematisk kvalitetssikring av helsetjenester i primær og spesialisthelsetjenesten*. Der Audun Havnen fra Norges tekniske og naturvitenskaplige universitet (NTNU) er prosjektansvarlig.

Generelt har litteratursøk, statistisk analyse og skriveprosessen vært selvstendig, men Malcolm Bang har bidratt med kommentarer, nyttige innspill og gode konstruktive tilbakemeldinger. En ekstra takk rettes derfor til Malcolm Bang, for hjelp med dette arbeidet.

Primært har litteratursøk foregått via PubMed, Cochrane Library, PsycInfo og google scholar. Kunstig intelligens er benyttet til å komme med forslag til litteratursøk, oppsummeringer av artikler og rapporter, tilbakemeldinger på oppgavens struktur og forslag til rettskrivning.

Skriveprosessen har gitt meg innsikt i hvordan å gjennomføre et forskningsprosjekt og jeg har utviklet ny kunnskap om selvmordstanker. Specialeprosjektet har vært en svært viktig, lærerikt og givende utviklingsprosess.

Specialen er skrevet i henhold til Publication Manual of the American Psychological Association, 7th edition (American Psychological Association, 2020).

Abstract

Introduction: Suicidal ideation consists of passive or active thoughts about death or hurting oneself. Thinking about death and/or hurting oneself is considered a stressful experience associated with psychological pain. It is therefore important that patients with suicidal thoughts get an appropriate treatment.

Prompt mental health care also called Rask psykisk helsehjelp (RPH) is a municipal preventive treatment service for psychological difficulties. Knowledge about the existence of suicidal ideation in patients that receive treatment at Rask psykisk helsehjelp is important for developing interventions that meet the needs of the patients.

Method: The participants were receiving treatment at Rask psykisk helsehjelp in Trondheim municipality. They completed a survey form for depression, anxiety, social and work functioning, and health related quality of life before ($n = 897$) and after treatment ($n = 324$).

Results: The result showed that 32.7% of the participants had suicidal ideation before treatment, and among the participants who remained in the study 19.4% of the participants had suicidal ideation after treatment. Mental health status before treatment showed no association for change in suicidal ideation from before treatment to after treatment. Patients that received the internet based cognitive behavioural treatment called «assistert selvhjelp» and multiple treatment interventions had less suicidal ideation after treatment than the control group that received psychoeducational course.

Conclusion: Suicidal ideation exists among patients receiving treatment at Rask psykisk helsehjelp in Trondheim municipality. The findings provide new knowledge about mental health difficulties in this population. The finding emphasizes that it is important that patients in Rask psykisk helsehjelp are cared for with their health needs. Further research should therefore establish knowledge about the treatment intervention in reducing suicidal ideation.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Oppbygning	2
1.4 Definisjoner og begrepsavklaringer	3
2. Litteratur om selvmordstanker og Rask psykisk helsehjelp	4
2.1 Suicidologi	4
2.2 Selvmordstanker	6
2.2.1 Forekomst av selvmordstanker	8
2.2.2 Selvmordstanker og psykiske vansker	9
2.2.3 Selvmordstanker som et komplekst fenomen	12
2.2.4 Effekten av psykoterapeutiske intervensjoner	13
2.2.5 Psykisk helsekarakteristikker som modererer forholdet til behandling av selvmordstanker	15
2.3 Rask psykisk helsehjelp	16
2.3.1 Behandlingseffekter av Rask psykisk helsehjelp	19
3. Metode	20
3.1 Forskningsdesign	20
3.2 Bruk av kunstig intelligens	21
3.3 Undersøkelsen	22
3.4 Prosedyre	23
3.5 Forskningsetiske vurderinger	24
3.6 Variabler	24
3.7 Statistiske analyser	27
3.7.1 Analyser og tolkning	27
3.7.2 Forutsetning for analysene	29
3.7.3 Analyse av utvalget	29
3.7.4 Hypotese 1	30
3.7.5 Hypotese 2	31
3.7.6 Hypotese 3	32
3.7.7 Frafall	33
4. Resultater	34
4.1 Demografi	34
4.2 Sykemeldt før og etter behandling	36
4.3 Psykisk helse før behandling	36
4.4 Psykisk helse etter behandling	37
4.5 Hypoteser 1	38
4.5.1 Selvmordstanker før behandling	38
4.5.2 Selvmordstanker etter behandling	38
4.5.3 Korrelasjons analyse	39

4.5.4. Logistisk regresjons analyse	42
4.6 Hypotese 2	43
4.6.1 Endring av selvordstanker fra før behandling til etter behandling.....	43
4.6.2 Korrelasjons analyse.....	44
4.6.3 Regresjonsanalyse.....	45
4.7 Hypotese 3	46
4.7.1 Oversikt over tilbud som deltagerne mottok.....	46
4.7.2 Korrelasjoner for behandlingsintervensjoner	47
4.7.3 Regresjon behandlingsintervensjoner	50
4.8 Analyse av deltagerne som frafalt studien	51
5. Diskusjon	53
5.1 Disposisjon av diskusjon	53
5.2 Studiens funn	53
5.3 Eksisterer det selvordstanker på Rask psykisk helsehjelp?	53
5.3.1 Hvem hadde selvordstanker før behandling?.....	55
5.4 Førte behandlingen til en endring av selvordstanker?	56
5.4.1 Har psykisk helsestatus før behandling betydning for endring av selvordstanker?	57
5.5 Hvilke assosiasjoner hadde behandlingsintervensjonene med selvordstanker etter behandling?.....	58
5.6 Frafall av deltagere fra før behandling til etter behandling.....	60
5.7 Styrker og begrensinger	62
5.8 Anbefaling til videre forskning	64
5.9 Praktiske implikasjoner.....	67
6. Konklusjon	69
7.Referanser.....	70
8. Appendix.....	88

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Selvordstanker, selvmordsatferd og selvmord betegnes som et stort offentlig helseproblem som har konsekvenser for individer, familier og samfunn (Stene-Larsen et al., 2024). I Norge dør omtrent 650 mennesker av selvmord hvert eneste år som fører til flere tusen etterlatte årlig (Stene-Larsen et al., 2024). Individen som begår selvmord er i så stor psykologisk smerte at død ansees som eneste og beste løsning på problemet (Hjelmeland, 2022; Shneidman, 1996). Selvmordstanker er en assosiert faktor for forhøyet risiko for å begå selvmord og det ansees som sentralt å behandle selvmordstanker for å forebygge selvmord (Jobes & Joiner; 2019).

Det eksisterer ikke en universal forklaring eller definisjon av selvmordstanker (Harmer et al., 2024). En generell forståelse av selvmordstanker er at selvmordstanker eksisterer på et kontinuum, som kan bestå av generelle tanker om døden til aktive tanker med planer og intensjoner for å dø ved å ta sitt eget liv (Harmer et al., 2024). Selvmordstanker er sentralt i flere teorier som tar utgangspunkt i at selvmordstanker er til stede før en selvmordshandling, og beskriver hvordan tanker utvikles til handlinger (Klonsky et al., 2018). Imidlertid vil ikke de fleste individer med selvmordstanker forsøke å begå selvmord (Have et al., 2009; Nock et al., 2008).

Selvordstanker er i seg selv forbundet med store psykologiske konsekvenser for individen. Å ha tanker om å ende sitt eget liv er assosiert med betydelig psykologisk smerte, stress og ubehag (Goldney et al., 2001). Selvmordstanker har konsekvenser for individen, og er assosiert med en rekke psykiske vansker, dårligere helserelatert livskvalitet og lavere fungering i hverdagslivet (Benson et al., 2021; Nock et al., 2008; Chamberlain et al., 2009; O'Connor et al., 2012). Å behandle selvmordstanker er derfor ikke kun sentralt for selvmordsforebygging, men også for individets livskvalitet.

Den norske regjeringen og verdens helseorganisasjon har rettet fokuset mot at det er behov for forebyggende tiltak, og øke tilgangen til behandling i primærhelsetjenesten (WHO, 2025; Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Kommunehelsetjenesten skal ha god tilgjengelighet, være likeverdig og tilgjengelig for alle (Helsedirektoratet, 2017). I Norge skal kommunehelsetjenesten forebygge psykiske vansker og operere med målrettet og tidlig intervensjon (Helse og omsorgsdepartementet, 2020). Et sentralt tiltak som er utviklet for tidlig intervensjon i behandling av psykiske vansker er Rask psykisk helsehjelp. Rask psykisk

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

helsehjelp er en kommunal lavterskel forebyggende helsetjeneste i Norge, som primært har til formål å behandle individer med milde til moderate psykiske vansker som angst, depresjon, stress, og søvnproblemer (NAPHA, 2022). Helsedirektoratet (2017) har vist til at svært mange pasienter med angst og depresjon vil ha selv mordstanker, og at mange av disse pasientene kan behandles i tilbudet til Rask psykisk helsehjelp når depresjonen ikke er for alvorlig eller at det ikke er for kompleks problematikk.

Imidlertid er det lite kunnskap om det eksisterer selv mordstanker hos pasienter som får behandling på Rask psykisk helsehjelp. Kunnskap om selv mordstanker eksisterer i denne populasjonen er essensielt for målrettet og tilpasset behandlingsintervensjoner som effektivt kan redusere selv mordstanker. Det er et behov for kunnskap om det eksisterer pasienter med selv mordstanker, og denne studien ønsker å bidra med innsikt om det eksisterer selv mordstanker på Rask psykisk helsehjelp.

1.2 Problemstilling

Formålet med spoliaet er å innhente kunnskap om det eksisterer selv mordstanker hos et lavterskel kommunalt helsetilbud på Rask psykisk helsehjelp i Trondheim kommune. En forståelse av om det eksisterer selv mordstanker i denne populasjonen gir viktig informasjon om den psykiske helsen til pasienter på Rask psykisk helsehjelp. Problemformuleringen er:

Eksisterer det selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på Rask psykisk helsehjelp i Trondheim kommune?

Dersom det eksisterer selv mordstanker på Rask psykisk helsehjelp i Trondheim kommune undersøkes det videre modererende effekter og behandlingsintervensjoner. Følgende tre hypoteser er oppstilt:

1. *Selv mordstanker er til stede hos pasienter som mottar behandling på Rask psykisk helsehjelp.*
2. *Psykisk helsestatus før behandling er av betydning for endring av selv mordstanker fra før behandling til etterbehandling.*
3. *Mottatt behandlingsintervensjon er assosiert med selv mordstanker etter behandling.*

1.3 Oppbygning

Oppgaven vil først redegjøre for sentrale begreper for dette studiet, for deretter å vise hvordan fagfeltet suicidologi forstår og undersøker selv mordstanker. Videre vil oppgaven redegjøre for hovedtemaet selv mordstanker med forståelse av fenomenet og relevant litteratur. Forekomst av selv mordstanker blir belyst basert på tidligere litteratur. Tidligere litteratur blir

Selvordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

også benyttet til å belyse sammenhengen mellom selvmordstanker og psykiske vansker, kompleksiteten av å undersøke selvmordstanker, behandlingseffekter psykoterapi har for selvmordstanker og psykiske helsekarakteristikker, som modererer behandling av selvmordstanker. Det redegjøres til slutt for formålet til Rask psykisk helsehjelp, samt litteratur som viser til behandlingseffekter av tilbudet.

Oppgavens forskningsspørsmål og hypoteser presenteres underveis i metodens redegjørelse. Metoden inkluderer informasjon om undersøkelsen og de statistiske analysene som er benyttet til å undersøke problemstillingen og studiets hypoteser. Etter metoden blir resultatene for demografiske og psykisk helsekarakteristikker ved utvalget belyst. Deretter en presentasjon av resultatene for hver av hypotesene. Etterfølgende diskuteres funnene, frafall av deltagere, styrker og begrensinger, framtidig forskning og implikasjoner for praksis. Til slutt presenteres en konklusjon.

1.4 Definisjoner og begrepsavklaringer

Innenfor suicidologi er det en manglende standardisert terminologi og klassifikasjonssystem (Galsinski & Ziolkowska, 2020). Noe som har ført til at en rekke begreper overlapper i definisjoner (Franklin et al., 2017). Begreper består av meninger og aktørskap som setter rammer for hvilken forståelse vi har av fenomenet som undersøkes (Hjelmeland, 2022). Det vil derfor nå komme en kort diskusjon over sentrale begreper som benyttes i denne specialen. Det vil redegjøres for begrepene selvmordstanker, selvmordsatferd, selvmord og suicidalitet.

Selvord. I denne specialen har jeg valgt å benytte meg av definisjonen til Edwin Shneidman som inkluderer kontekst og kultur i sin definisjon av selvmord. «For tiden i den vestlige verden, er selvmord en bevisst, selvpåført tilintetgjørende handling som best kan forstås som en multidimensjonalt illebefinnende (krisetilstand) hos et individ med udekkete, sentrale psykologiske behov, hvor individet definerer selvmord som den beste løsningen» (Shneidman, 1985, s. 203). Definisjonen viser til at konteksten ved at selvmord kan handle om ulike forhold i ulike kulturelle kontekster og tidsepoker, i tillegg forklarer definisjonen bakenforliggende faktorer slik som manglende psykologiske behov. Definisjonen forklarer også intensjonen til selvmord ved at individet anser selvmord som den beste løsningen på problemet.

Selvordsatferd omhandler både selvmords relaterte tanker og handlinger som ikke ender i død (Nock et al., 2008). Denne definisjonen inkluderer selvmordsforsøk der intensjonen i handlingen kan ha vært å føre til tilintetgjørelse, men at handlingen ikke har ført

Selvordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

til ønsket intensjon. I kategorisering av begrepet selvmordsatferd og selvmord forsøker terminologien ofte å skille mellom suicidal og ikke suicidal intensjon. Dette skille er ikke nødvendigvis et skarpt skille, og handlinger kan variere for samme person i løpet av en og samme handling (Hjelmeland, 2022). En fellesforståelse av selvmordsatferd og selvmord er at handlingen for de fleste ikke er ment å gjøre slutt på selve livet (biologiske livet), men på det livet de lever - livet slik det er nå (Galasinski & Ziolkowska, 2020).

Selvordstanker defineres basert på definisjonen i Patient Health Questionnaire-9 item 9. Dette itemet spør om «har du hatt tanker om at du ville hatt det bedre dersom du var død eller å skade seg selv på et eller annet vis». Definisjonen til selvmordstanker vil bli diskutert senere i oppgaven.

Suicidalitet er definert som en samlebetegnelse for selvmordstanker, selvmordsforsøk og selvmord (Helsedirektoratet, 2024).

2. Litteratur om selvmordstanker og Rask psykisk helsehjelp

2.1 Suicidologi

Studiet av selvmord, selvmordsatferd, selvmordstanker og selvmordsforebygging består av fagfeltet kalt suicidologi (Hjelmeland, 2022). Hvordan selvmord og selvmordstanker har blitt oppfattet har vært kulturelt, sosialt, og politisk betinget. For eksempel har synet på selvmord forandret seg drastisk opp igjennom århundrene. For 2000 år siden i Roma ble selvmord beskrevet som en relasjonell, politisk og filosofisk handling, mens 1500 år senere i London ble selvmord ansett som en syndig og kriminell handling (Marsh, 2010).

Dagens vestlige samfunn har avkriminalisert selvmord, men suicidale mennesker er fremdeles ansett i en negativ forstand av offentligheten (Caprinello & Pinna, 2017). De mottar et mangfold av stereotypiske holdninger fra samfunnet slik som at de er svake, at de ikke klare å håndtere egne problemer og at de er egoistiske (Caprinello & Pinna, 2017). Selvmord og selvmordstanker er i den vestlige delen av verden i dag hovedsakelig ansett som et psykopatologisk fenomen (Hjelmeland, 2022). Tidligere forskning har vist til at 90% av de som tar sitt eget liv er psykisk syke (Cavanagh et al., 2003), noe som har ført til en direkte årsaksforklaring ved at psykiske lidelser antas å være årsaken til selvmord (Hjelmeland et al., 2014). Holdningene fra samfunnet kan ha paradoksale virkninger når det å være psykisk syk plasserer deg automatisk i en risikogruppe for selvmord. Der tidligere forskning har vist til at merkelappen «psykisk syk» er påpekt som en bidragsyter til utvikling av selvmordstanker (Oexle et al., 2015; Wang et al., 2016). Hvordan samfunnet anser psykiske lidelser, selvmord

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

og selvmordstanker har konsekvenser for individet. Holdningene kan internaliseres og fører til en følelse av selv-stigma (Oexle et al., 2016). Selv-stigma kan forsterke psykiske vansker, føre til en opplevd manglende forståelse og føre til en oppfattet følelse av nytteløshet (Corrigan et al., 2015).

Studiet av suicidologi er et mangfoldig fenomen. Forfatteren Hjelmeland (2022) deler fagfeltet inn i to domener «kritisk suicidologi» og «mainstream suicidologi». Det Hjelmeland (2022) betegner som «mainstream suicidologi» er studier som baserer seg på kvantitativ tenkning der det er et forsøk på en objektiv forståelse av selvmord og suicidalitet. Innenfor dette domenet er risikoforskning sentral, og forskningen baserer seg på en biomedisinsk modell og/eller den biopsykososiale modellen (Hjelmeland, 2022). I den biomedisinske modellen ansees selvmordstanker som en medisinsk tilstand forårsaket av biologiske årsaker, og benytter seg av en mereologisk sammensetning der helheten er summen av delene (Roccca & Anjum, 2020). Dette perspektivet har noen likhetstrekk som den biopsykososiale modellen som ser på de biologiske, psykologiske og sosiale faktorer hver for seg for så å legge sammen et resultat (Hjelmeland, 2022). Å undersøke sammenhengene hver for seg kan bli en forenkling av de faktiske forholdene i følge Rocca og Anjum (2020). Perspektivene opererer med en årsaksforklaring som generaliseres og overføres fra et individ til et annet. Når man ser på selvmordstanker kan ikke årsakssammenhenger hos et individ direkte overføres til en annen, siden hver enkelt person har unike egenskaper som kan ha forårsaket selvmordstankene. Forsøket til «mainstream suicidologi» på kategorisering og risikoforskning har ikke ført til standardiserte terminologier, færre selvmord eller forebyggende arbeid ifølge Hjelmeland (2022).

Ifølge Hjelmeland kan den «kritiske suicidologien» utvide forståelsen av hvordan suicidalitet forskes og forebygges på. Kritisk suicidologi ble utviklet som en reaksjon på en dominerende psykopatologidiskurs i «mainstream suicidologien» (Hjelmeland, 2022). Der kritisk suicidologi innebærer: *Teoretisk* - å se kritisk på språkbruk, maktforhold, og sosiale historier (Marsh, 2010). *Metodisk* - å utfordre ideen om objektivitet i kvantitativ forskning (Hjelmeland, 2016). *Etisk* – å stille spørsmålet om noen selvmord kan rettferdiggjøres i en sosial kontekst, der samfunnet ikke klarer å skape sosial rettferdighet (Button, 2016). *I praksis* – en revurdering av forståelsen av suicidalitet (White, 2017). Den kritiske suicidologien hevder at det er behov for en nytenkning innenfor årsakssammenhenger og måten suicidologi forstår kompleksitet på (Hjelmeland, 2022).

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

En teori som baserer seg på en forståelse med at både indre egenskaper og ytre kontekstuelle forhold er av betydning for suicidalitet er teorien om disposisjonalisme (Rocca & Anjum, 2020). Teorien om disposisjonalisme ser på egenskaper hos et bestemt individ, og når disse egenskapene manifesterer seg kan flere disposisjoner føre til en effekt. Disposisjonene har en gjensidig påvirkning som gir hver enkelt del sin egenart (Hjelmeland, 2022). Ved denne teorien er all kausalitet kompleks og avhengig av flere disposisjoner som interagerer med hverandre (Rocca & Anjum, 2020). Innenfor suicidologi er det derfor et behov for å se kompleksiteten av den gjensidige påvirkningen til disposisjonene for å kunne forstå helheten i årsaksforklaringer til suicidalitet. Selvmordstanker kan innenfor denne tilnærmingen forstås som et resultat av et dynamisk samspill mellom indre egenskaper (eks. genetiske faktorer og tidligere erfaringer) og ytre forhold (eks. kulturelle normer, sosiale forhold og maktmisbruk). Forståelsen av hvordan disposisjonene interagerer med hverandre er dermed det som vil skape en forståelse av helheten, og kan forklare hvordan selvmordstanker oppstår, utvikler seg og vedlikeholdes (Rocca & Anjum, 2020).

Denne specialen vil ta utgangspunkt i teorien til disposisjonalismen, ved å anse selvmordstanker som et fenomen som utvikles ved disposisjoner som interagerer med hverandre i en kontekst. Denne studien undersøker en bestemt kontekst med en bestemt populasjon. Deltagerne er pasienter som mottar lavterskel kommunalt behandlingstilbud i Trondheim kommune, der formålet er å undersøke om selvmordstanker er til stede hos denne pasientgruppen. Å utvide forståelsen til hvorvidt selvmordstanker eksisterer på Rask psykisk helsehjelp, gir et grunnlag for å forstå behovet til pasienter som mottar behandling på Rask psykisk helsehjelp.

2.2 Selvmordstanker

Selv mordstanker refererer til tanker om døden og å formulere planer for å dø ved å ta sitt eget liv (Harmer et al., 2024). Selvmordstanker eksisterer på et spektrum som kan begynne med et generelle tanker om døden eller et ønske om å dø som mangler en konkret metode, plan, intensjon eller handling, mens progresjon av selvmordstanker kan innebære konkrete metoder, planer og intensjon til å handle på disse (Harmer et al., 2024). Dette betyr at selvmordstanker i et tidlig stadium ikke i seg selv fører til forsøk på å begå selvmord, men er en risikofaktor for progresjon til aktive selvmordstanker hvor personen har en intensjon om å dø. Dette perspektivet vektlegger behov for tidlig identifikasjon og målrettet intervensjon for de med selvmordstanker for å forebygge det psykiske ubehaget som personen opplever og forebygge progresjon til selvmord (Harmer, 2024).

Selvordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

Det eksisterer flere definisjoner for selvmordstanker. Enkelte definerer selvmordstanker som «passive tanker om døden» (Harmer, 2024; Liu et al., 2020), mens andre definerer selvmordstanker som «tanker om å intensjonelt å ta ens eget liv» (Wenzel et al., 2009; House et al., 2020; Nock et al., 2008). Måten selvmordstanker er definert er betydningsfullt for forståelsen av fenomenet og om studier undersøker det samme. I denne spesialen benyttes definisjonen til PHQ9-item9 «har du hatt tanker om at du ville hatt det bedre dersom du var død eller å skade seg selv på et eller annet vis». Fordelen med denne definisjonen er at det er en bred definisjon som innebærer alt fra tanker om å skade seg selv, generelt tanker med et ønske om å dø, til tanker og planer med en intensjon om å ta sitt eget liv. Alvorlighetsgraden av selvmordstanker måles ut ifra hvor ofte disse tankene har vært til stede innenfor en to ukers periode, på en likert-skala fra 0 til 3 (Walker et al., 2010). Tidligere forskning har vist til at en høyere skåre på item 9 i PHQ-9 kan indikere en større sannsynlighet for at pasienten er suicidal (Walker et al., 2010). Intensiteten på tankene kan imidlertid variere uavhengig av hyppigheten til tankene (Reeves et al., 2022). Selv om pasienter har en lavere skåre tilsvarende 1 på dette itemet, kan disse pasientene fremdeles være suicidale (Walker et al., 2010). Ved en skåre 1 eller oppover på PHQ9-item9 er det derfor viktig å adressere selvmordstanker i behandling.

Definisjonen i PHQ9 item9 kan fremstå som tvetydelig og skiller ikke mellom tanker om døden eller tanker om å skade seg selv. Spørsmålet som stilles kan tolkes som at det spørres om to fenomener samtidig. Tanker om selvskading og tanker om død er to separate konsepter, som kan ha forskjellige funksjoner. Dette fører til uklarhet ved hvilket fenomen deltagerne responderer på, noe som begrenser overflatevaliditeten (DeVellis & Thorpe, 2022). Fenomenene kan skilles ved at tanker om selvskading handler om tanker om å skade sin egen kropp (Xu et al., 2024). Der selvskading ansees som en måte å håndtere eller regulere overveldende følelser. Tanker om selvskading beskrives innenfor litteraturen som ikke suicidal selvskading (Xu et al., 2024). Derimot konseptualiseres selvmordstanker som et fenomen som innebærer tanker om døden, som et resultat av å flykte fra en smertefull opplevelse (Harmer et al., 2024). Likheter mellom konseptene er at både tanker om å skade seg selv og tanker om døden kommer fra psykologisk smerte, stress og ubehag. Skillet mellom suicidal og ikke suicidal intensjon er ikke et skarpt skille, og tankene kan variere for samme person i løpet av en og samme handling både når det gjelder tanker om selvskading og tanker om død (Hjelmeland, 2022).

Definisjonen til PHQ9-item9 kan fremstå som homogen, enten så har individet selvmordstanker eller ikke (Reeves et al., 2022). Definisjonen sier lite om hva slags tanker individet har, intensiteten til tankene eller alvorlighetsgraden. Definisjonen skiller heller ikke om tankene består av intensjonelle planer om å ta sitt eget liv, eller om tankene er generelle om døden uten en intensjon om å ta sitt eget liv. Selvmordstanker er et heterogent fenomen der tankene kan ha forskjellig betydning for individet (Reeves et al., 20022). For eksempel kan et individ ha selvmordstanker som er kontinuerlig tilstedeværende over en lang tidsperiode der personen ikke har intensjoner om å handle på disse tankene, et annet individ kan ha selvmordstanker i en kortere tidsperiode som er på høy intensitet, der personen kan ha en intensjon om å ta sitt eget liv (Reeves et al., 2022). Selvmordstanker er et komplekst fenomen der både utviklingen, og fremtredelsen til tankene er individuelt forskjellige.

De fleste individer med selvmordstanker forsøker ikke å begå selvmord (Have et al., 2009; Nock et al., 2008). På tross av dette opplever individer med selvmordstanker store psykologiske konsekvenser av disse tankene. Selvmordstanker er assosiert med psykologisk ubehag og dårligere helse relatert livskvalitet (Chamberlain et al., 2009; O 'Connor et al., 2012; Goldney et al., 2001). Psykologisk ubehag er et begrep som beskriver av en tilstand av emosjonell stress som skaper vanskeligheter med å håndtere hverdagslivet (Arvidsdotter et al., 2015). Rainbow et al. (2021) viser til at psykologisk ubehag øker individets persepsjon av å være en byrde til andre, noe som øker selvmordstankene. Tidligere forskning har vist til at opplevelsen av å være en byrde er assosiert med lavere hjelpesøkende intensjoner, dårligere økonomisk velferd og en manglende følelse av tilhørighet (Rainbow et al., 2021). Selvmordstanker kan ha omfattende konsekvenser for individer som lider av tankene.

2.2.1 Forekomst av selvmordstanker

Å undersøke forekomst av selvmordstanker er vanskelig siden rater av selvmordstanker varierer bredt i ulike settinger, populasjoner og definisjoner (Lee et al., 2010). Det eksisterer derfor varierende tall som viser til prevalensen av selvmordstanker (Klonsky et al., 2016). Der tidligere studier har vist til at flere individer som identifiseres som i risiko for å begå selvmord ikke forteller om selvmordstanker eller atferd (Richards et al., 2019). Det er flere årsaksforklaringer for hvorfor mennesker velger å ikke fortelle om selvmordstanker som selv-stigma, skam, frykt for avising, opplevd manglende støtte, tanker om at ingenting kan gjøres eller en bekymring rundt konsekvenser av å fortelle (Hallford et al., 2023; Hom et al., 2017). En annen utfordring ved å estimere forekomst er manglende

Selvordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

forståelse av sosiodemografiske, psykologiske og metodologiske faktorer som kan påvirke rapporteringen (Hallford et al., 2023).

Varierte rapporterte selvmordstanker er demonstrert i studier som undersøker samme populasjon. For eksempel er det rapportert 17.3%, 57% og 72.8% selvmordstanker hos pasienter som mottar poliklinisk behandling (Christensen et al., 2024; Ose et al., 2021; Vera-Varela et al., 2022). Vera-Varela et al. (2022) forklarer årsaken til en stor variasjon mellom studier handler undersøkelsesmetoden forskningen benytter. Der deltagere har en lavere villighet til å meddele selvmordstanker i en ansikt-til-ansikt-setting. Årsaken til dette handler om sosial ønskelighetsbias, der pasienter vurderer klinikerens holdninger og stigma (Caprinello & Pinna, 2017).

Nock et al. (2018) utførte en global studie på forekomst og risikofaktorer for selvmordstanker, planer og forsøk. Studien deres er basert på en nasjonal studie fra 17 land med 84.850 deltagere. Studien viste til at estimert livstid prevalens for selvmordstanker er 9,2%. Blant de med selvmordstanker var sannsynligheten for å lage en selvmordsplan på 33,6% og å utføre et selvmordsforsøk på 29%. Av de som hadde selvmordstanker indikerte resultatet deres at overgangen fra selvmordstanker til å lage en plan eller å gjennomføre et forsøk økte betraktelig ved det første året av selvmordstankers begynnelse, men minimeres etter et år. Funnet i studiet viste også til at det er demografiske forskjeller på tvers av land, for eksempel viste funnet at land som USA og Japan hadde en økt risiko med selvmordstanker i en yngre aldersgruppe med ungdommer i midten av tenårene og tidlig 20 årene, mens land som Israel og Spania hadde en økning av selvmordstanker i den eldre befolkningen. Andre studier har funnet lavere prevalens for selvmordstanker enn studiet til Nock et al. (2018). For eksempel fant Que et al. (2019) en global livstidspervalens på 8% selvmordstanker, mens Knudsen et al. (2021) fant en forekomst på 3.1-4.1% av selvmordstanker i en norsk populasjon. Forskjellige rapportert forekomst av selvmordstanker på tvers av landegrenser og aldersgrupper kan vise til at kultur og kontekst har betydning for selvmordstanker.

2.2.2 Selvmordstanker og psykiske vansker

Selvordstanker er assosiert med en rekke psykiske vansker (Andersson et al., 2022; Nock et al., 2008). For avgrensing presenteres depresjon, angst, livskvalitet, funksjonell fungering, mestringstro og selvfølelse. Det er en rekke andre psykiske lidelser som også er assosiert med selvmordstanker som for eksempel ruslidelser og personlighetsforstyrrelser (Andersson et al., 2022; Nock et al., 2008). Avgrensingen er basert på tidligere funn som er relevant for denne studiens variabler.

Depresjon omhandler symptomer på lavere humør og/eller tap av interesse eller glede i dagligdagse aktiviteter (LeMoult et al., 2021). Selvmordstanker er særlig blitt forbundet med depresjon (Kessler et al., 1999; Nock et al., 2009). I en undersøkelse utført av Substance Abuse and Mental Health services Administration har nærmere 30% av mennesker som opplever depresjon også selvmordstanker (Piscopo et al., 2015). Det er tidligere etablert at depresjonssymptomer er en viktig prediktor for selvmordstanker, men at tilstedeværelsen av depressive symptomer ikke er en tilstrekkelig prediktor for selvmordsrisiko (Keilp et al., 2012; Ballard et al., 2014).

Keilp et al. (2017) viser til at selvmordstanker er nærmere assosiert med spesifikke depresjonssymptomer enn depresjonens alvorlighetsgrad. Å rette fokuset mot individets subjektive symptomer ved en depresjon kan derfor være mer hensiktsmessig for å forstå selvmordstanker (Keilp et al., 2017). Der identifisering av maladaptiv kognisjon kan være essensielt i forståelsen (Wenzel & Beck, 2008). Håpløshet har blitt identifisert som en maladaptiv kognitiv risikofaktor for selvmord (Ballard et al., 2014). Individer med håpløshet har en tendens til å overestimere sannsynligheten for at nåværende stressorer forblir og samtidig underestimere sannsynligheten for lettelse av emosjonell, fysisk eller psykisk smerte (Chang et al., 2011). Håpløshet har også blitt identifisert som en sentral faktor for utvikling av selvmordstanker i «three step theory» (3ST) (Klonsky et al., 2018). Teorien viser til at når individet opplever psykologisk smerte, ansees smerten som en form for straff, og dersom individet har håp og retter fokus mot endring av smerten utvikles ikke selvmordstanker. Derimot dersom individet opplever håpløshet og ikke ser en ende på en smertefull tilværelse vil fokuset rettes mot tanker om døden (Klonsky & May, 2015). Teorien viser til at kombinasjonen av psykologisk smerte og håpløshet er sentral for selvmordstankers begynnelse.

Imidlertid har MacLeod et al. (2005) vist til at det eksisterer forskjeller i maladaptiv kognisjon hos individer med håpløshet og individer med selvmordstanker. Der individer med selvmordstanker hadde reduserte forventninger til fremtiden, heller enn negative forventninger til fremtiden. O'Connor et al. (2008) har funnet lignende funn som viser til at manglende positive fremtidsforventninger er en bedre prediktor for selvmordstanker enn håpløshet. Litteraturen om selvmordstanker og depresjon viser til at selvmordstanker er et mangfoldig fenomen, der spesifikke symptomer på depresjon kan være forbundet til selvmordstanker.

Angstlidelser er en bred kategori, som kan være vanskelig å definere, og kan kjennetegne alt fra kroppslige reaksjoner, bekymringstanker, følelse av frykt, og atferd som preges av

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

unnngåelse (Solem et al., 2016). Bentley et al. (2015) har argumentert for at det eksisterer mulige likheter mellom funksjonen til selvmordstanker og funksjonen til angstlidelser. Barlow et al. (2014) viser til at angst er en unnnvikende reaksjon til emosjonelle opplevelser. I likhet har selvmordstanker blitt kjennetegnet som unnnvikende eller flyktende responser til opplevelsen av sterke emosjoner (Briere et al., 2010; Bryan et al., 2013). Konsekvensene av angstreaksjoner og selvmordstanker med unnnvikelse av emosjoner kan føre til isolasjon, redusert livskvalitet og en svekket fungering i hverdagen (Kanwar et al., 2013). Imidlertid har empiriske studier funnet blandede funn om angstlidelser er forbundet til selvmordstanker. Enkelte studier har vist til at angstlidelser ikke har en assosiasjon til selvmordstanker (Strauss et al., 2000; Lester & Abdel-Khalek, 1999), mens andre studier har funnet at angstlidelser er en svak prediktor for selvmordstanker (Bentley et al 2015; Norton et al., 2008).

Funksjonell fungering avgrenses i denne oppgaven til å handle om en subjektiv vurdering av arbeid og sosial fungering. Tidligere studier har vist til at begrenset arbeid og sosial fungering er assosiert med selvmordstanker (McCarty et al., 2011; Christensen et al., 2024). For eksempel fant studiet til Bickford et al. (2019) at eldre voksne som hadde vanskeligheter med sosiale interaksjoner var assosiert med selvmordstanker. I studien til Benson et al. (2021) viste forskerne at selvmordstanker er forbundet med lavere produktivitet på arbeidsplassen. En forklaring til dette funnet er at psykiske vansker påvirker egenskaper i prosessering av stimuli, som igjen kan resultere i problemer med kognisjon og interpersonlige oppgaver (Benson et al., 2021).

Helserelatert livskvalitet omhandler en subjektiv oppfattelse av hvordan helsen påvirker ens velferd, og innebærer en bred rekke med domener slik som psykisk, sosial og fysisk helse (Rapaport et al., 2005). Tidligere studier har vist til at individer som har selvmordstanker ofte også rapporterer om en lavere helserelatert livskvalitet (Chamberlain et al., 2009; O'Connor et al., 2012; Goldney et al., 2001). I studiet til Lai et al. (2025) fant forskere at mer alvorlige psykiske symptomer er indikatorer både for selvmordstanker og dårligere livskvalitet.

Mestringstro omhandler individets tro på egne evner til å utføre handlinger for å oppnå mål (Bandura, 1997). Individer som har en høy grad av mestringstro har mer tro på at de aktivt kan forandre sin fysiske og psykiske tilstedeværelse, og at nåværende psykisk ubehag kan endres (Skalvik & Skalvik, 2013). Dersom mestringstro reduseres kan individet ha mindre tro på endring av sin egen tilværelse, og ha vanskeligheter med å håndtere med stress og livsfaktorer (Luszczynska et al., 2005). Studien til Kobayashi et al. (2015) viste til at en reduksjon av mestringstro er assosiert med selvmordstanker. Deltagere som ikke hadde

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

selvmordstanker før behandling som hadde selvmordstanker ved oppfølging, reduserte troen på at de aktivt kunne endre sin psykiske helse (Kobayashi et al., 2015).

Selvfølelse omhandler en samlet evaluering av seg selv som knyttes til en egen verdi og selverdi (Gilovich et al., 2018). Lav selvfølelse er ofte forbundet med å være mindre fornøyd med livet, håpløshet, depresjon og vanskeligheter med å håndteres livets utfordringer (Gilovich et al., 2018). Flere studier har vist til at det også er en forbindelse mellom selvfølelse og selvmordstanker (Overholdser et al., 1995; McGee et al., 2001; Bhar et al., 2008). Således kan lav selvfølelse operere som en modererende faktor for psykiske vansker og selvmordstanker (Trung et al., 2025).

Oppsummering: Litteraturgjennomgangen viser til at selvmordstanker er assosiert med depresjon, angst, begrenset arbeid og sosial fungering, lavere selvfølelse, lavere mestringstro og dårligere livskvalitet. Dette viser til at selvmordstanker som regel ikke oppstår alene, og at et individ med selvmordstanker kan oppleve flere vanskeligheter i livet. For ivaretagelse er det derfor viktig å forstå helheten til de vanskelighetene som individet opplever.

2.2.3 Selvmordstanker som et komplekst fenomen

Å kun vise til psykiske lidelser som årsaksforklaringer kan være misvisende og det eksisterer mer komplekse årsaksforklaringer til selvmordstanker (Hjelmeland, 2022). Verdens helseorganisasjon (WHO, 2025) viser til at i høyinntektsland er det i større grad en etablert kobling mellom selvmord, psykiske lidelser og selvmordsforsøk enn hva det er i middel- og lavinntektsland. Omtrent 75% av selvmord oppstår i lav og middel inntektsland, der rater til fattigdom er høye (Bantjes et al., 2016). Den kulturelle konteksten spiller en sentral rolle i studiet av etiologien til suicidalitet, hvor studier fra enkelt land ikke er overførbare til andre (Bantjes et al., 2016). Det eksisterer manglende forskning fra lavinntektsland, og en stor del av årsaken til dette kan være manglende ressurser, men kan også reflektere det sosiale stigmaet og kriminaliseringen av suicidalitet fremdeles er til stede i enkelte deler av verden (Bantjes et al., 2016). Andre omstendigheter som livskriser kan spille en viktig rolle i forståelsen av suicidalitet. Livskriser kan være preget av flere elementer slik som finansielle problemer, relasjonsproblemer eller konflikter, kroniske smertetilstander og sykdom (WHO, 2025). For å forstå selvmordstanker er det dermed sentralt å forstå den sosioøkonomiske og kulturelle konteksten som individet befinner seg i.

Et eksempel som viser til kompleksiteten av selvmordstanker er studier som har forsøkt å koble suicidalitet til enkelt diagnoser (Nock et al., 2009). Nock et al. (2009) viser til at de fleste studier som har undersøkt sammenhengen mellom psykiske lidelser og suicidalitet har

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

undersøkt assosiasjonen til individuelle diagnoser. Nesten alle psykiske lidelser er komorbide (Kessler, 2005), noe som gjør at assosiasjonene mellom psykiske lidelser og suicidalitet kan være misvisende og i realiteten kun vise til et lite antall med psykiske lidelser (Nock et al., 2009). Et eksempel på dette er tidligere rapporter som viser til at panikklidelser predikerer selvmordsforsøk (Weissman et al., 1989). Dette funnet fant også forskerne Pilowsky et al. (1999) etter å kontrollere for komorbid depresjon og rusmisbruk. I ettertid har oppfølgingsstudier rapportert at assosiasjoner mellom panikklidelser og selvmordsforsøk ikke lenger er signifikant dersom en inkluderer en flere komorbide lidelser (Vickers & McNally, 2004). Eksempelet viser til hvordan det er komplekst å undersøke suicidalitet og psykiske lidelser. Der det kan være misvisende å koble suicidalitet og selvmordstanker til enkelte diagnoser.

2.2.4 Effekten av psykoterapeutiske intervensjoner

Flere studier har undersøkt behandlingseffekter på selvmordstanker under spesifikke behandlingsintervensjoner hos ulike pasientgrupper. Det eksisterer varierende empirisk støtte for psykoterapeutisk behandling. For eksempel undersøkte Cuijpers et al. (2013) pasienter som fikk psykoterapi for depresjonssymptomer, og undersøkte om behandlingen også hadde en effekt på å redusere selvmordstanker. Forskerne identifiserte tre studier som benyttet seg av behandlingsintervensjonene mindfulness basert kognitiv terapi, kognitiv omstrukturering, eksistensiell humanistisk kognitiv terapi og kognitiv atferdsterapi. Studiet fant ingen effekter på at behandlingene reduserte selvmordstanker. Imidlertid har andre studier vist til at kognitiv atferdsterapi kan være et effektivt behandlingstilbud for å redusere selvmordstanker (Tarrier et al., 2007; Mewton & Andrews, 2016)

Andre studier har funnet behandlingstilnærminger som har vist effekter med å redusere selvmordstanker. Disse er basert på kortidsbasert behandling, dialektisk atferdsterapi og familieterapi (Schneider et al., 2020; Kothgassinger et al., 2020). En norsk studie som undersøkte behandling av polikliniske pasienter i Trondheim kommune viste at pasientene hadde en reduksjon av selvmordstanker (Christensen et al., 2024). I tillegg fant studiet at deltagerne som reduserte selvmordstanker også hadde en reduksjon av symptomer på angst, depresjon, og forbedret hverdagsfungering. Pasientene rapporterte også økt livskvalitet etter behandlingen var gjennomført. Allikevel var det fremdeles en stor andel av de pasientene som rapportert selvmordstanker før behandling 57% som fremdeles rapporterte selvmordstanker 38.8% etter behandlingen. Av de pasientene som rapporterte selvmordstanker var det også

Selvordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

7.4% som hadde rapportert om økte selvmordstanker under behandlingen (Christensen et al., 2024).

I primærhelsetjenesten har studiet til Khazanov et al. (2024) funnet at et samarbeidende kommunalt psykisk helsetilbud kalt «collaborative Care Model» har behandlingseffekter til å redusere selvmordstanker. Målgruppen i studiet var pasienter med milde til moderate symptomer på angst, depresjon og begynnende rusmiddelmissbruk. Resultatet til studien viste til at deltagerne hadde 11-7% mindre selvmordstanker etter behandling. Studiet til Watts et al. (2013) har også funnet at internetbasert kognitiv atferdsterapi har en effekt til å redusere selvmordstanker i primærhelsetjenesten. Studiet undersøkte pasienter med depresjon og fant 54% selvmordstanker før behandling som ble redusert til 30% selvmordstanker etter behandling. Andre studier som har undersøkt internet basert kognitiv atferdsterapi har funnet lignende resultater til at intervensjonen kan redusere selvmordstanker (Spijker et al., 2014; Christensen et al., 2013).

Det er utfordrende å vise til hvilke/hvilken psykoterapeutisk behandlingsintervensjon som har effekt med å redusere selvmordstanker. Funnene av studiene er spesifikke angående intervensjoner, pasient gruppe eller begge deler. Det er viktig med et kritisk blikk over hvilke effekter behandlingene viser i en klinisk setting, meta-analyser og RCT studier. De fleste forskningsfunn har ikke data grunnlag til å trekke kausale konklusjoner og kan kun vise til assosierte sammenhenger. Forskning har også etablert at det ikke er alltid en match mellom behandlinger som er gitt i et RCT studie og behandlingen som er gitt i klinisk praksis (Johnson et al., 2016). Det er ikke sikkert at studier som gir en ønskelig effekt i RCT gir en troverdig effekt til behandlingen som er tilbudt i vanlig klinisk praksis. Videre ekskluderer studier ofte pasienter som rapporterer et høyt symptomuttrykk med selvmordstanker noe som kan begrense validiteten til studiene (Watts et al., 2013).

En annen utfordring ved å undersøke behandlingseffekter av selvmordstanker er at selvmordstanker er fluktuerende over tid, og kan variere i frekvens og intensitet på kun noen timer (Ammerman & Law, 2022; Millner et al., 2020). Tradisjonelt sett har forskning forsøkt å undersøke selvmordstanker og atferd ved å benytte seg av nåværende nivåer eller gjennomsnittlige nivåer av selvmordstanker. Dette kan begrense forståelsen av selvmordstanker siden selvmordstanker kan variere i omfang i løpet av noen timer. Det mangler derfor en forståelse av hendelser og dynamikker som kan bidra til selvmordstanker (Ammerman & Law, 2022). Begrensinger til studier som undersøker behandlingseffekter av selvmordstanker er derfor at den fluktuerende funksjonen til selvmordstanker er vanskelig å

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

kontrollere for, og ved å måle konseptet over tid kan selvmordstanker endres uavhengig av behandling (Kleiman et al., 2017).

God terapi trenger mer enn kun forskningsevidens for de terapeutiske teknikkene (Hjelmeland, 2022). For eksempel har Lambert (1992) vist til at kun 15% av spesifikke terapeutiske metoder kan forklare utfallet til behandling. For at en behandling skal være effektivt for individet viser Hjelmeland (2022) til klient terapeutrelasjonen. «Studie etter studie finner at suicidale personer ønsker å møte fagfolk som er empatiske, omsorgsfulle, støttende, respektfulle, ikke fordømmende, og som gir pasienten tid og rom til å fortelle» (Hjelmeland, 2022, s.337). I møte mellom pasient og terapeut er den terapeutiske alliansen sentral i behandling (Hjelmeland, 2022). Terapeutisk allianse er definert bredt som det samarbeidende og affektive båndet mellom terapeut og pasient (Martin, et al., 2010). Flere benytter seg også av begrepet arbeidsallianse utviklet av Bordin (1979). Arbeidsallianse beskriver et emosjonelt bånd mellom terapeut og klient, en enighet og samarbeid om oppgaver, og en felles enighet om mål for behandlingen. Der en positivt preget allianse mellom terapeut og klient består av varme, respekt, tillit og aksept (Bordin, 1997). Aktiv lytting er påpekt som en faktor for en god terapeutisk allianse hos pasienter som opplever suicidalitet (Østli, 2018). Østli (2018) beskriver i sin doktorgradsavhandling at klinikere som lytter til pasienten medfører at kliniker og pasient kommer frem til en felles forståelse av hva suicidaliteten omhandler, og hva som skal til for at pasienten får det bedre. I behandling av pasienter med selvmordstanker er det derfor viktig at kliniker jobber for å styrke den terapeutiske alliansen.

2.2.5 Psykisk helsekarakteristikker som modererer forholdet til behandling av selvmordstanker

Pasientrelaterte variabler kan påvirke behandlingsutfall, der kryssdiagnostiske pasientkarakteristikker kan moderere eller mediere responser til behandling (APA, 2006). For eksempel identifiserte studiet til Bloomfield-Clagett et al. (2022) at pasienter med alvorlig anhedoni (manglende glede og lyst) hadde større sannsynlighet for at selvmordstanker vedvarte etter behandling. Forskerne fant også at pasienter med angstlidelser hadde større sannsynlighet til å oppleve en forbedring av selvmordstanker. De forklarer funnet med at pasientene med angstlidelser fikk medikamentell behandling i tillegg til psykoterapi, og at det er mulig at den medikamentelle behandlingen førte til en reduksjon av selvmordstanker. Imidlertid har tidligere studier også identifisert at å redusere angstsymptomer kan ha effekter på å redusere selvmordstanker (Ballard et al., 2014; Schmidt et al., 2017).

Selvordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

Studiet til Alexopoulos et al. (2021) har også funnet psykisk helsekarakteristikker som kan være av betydning for behandlingsutfallet. Forskerne benyttet seg av maskinlæring for å undersøke utviklingsbaner til selvmordstanker. De identifiserte to utviklingsbaner den ene utviklingsbanen besto av deltagere som ikke hadde selvmordstanker etter å ha mottatt psykoterapi i 8 uker. Den andre utviklingsbanen besto av deltagere som hadde 60% sannsynlighet for selvmordstanker ved behandlingsslutt. Maskinlæringsmodellen identifiserte at håpløshet var en prediktor for selvmordstanker etter endt behandling. Håpløshet hadde også større betydning for at selvmordstanker vedvarte enn alvorlighetsgraden på depresjon. Forskerne fant også at nevrotisisme og lav generell mestringstro viste til økt sannsynlighet for selvmordstanker ved behandlingsslutt. Studiene viser dermed til at indre egenskaper slik som tankesett og tro på egne evner kan være av betydning både for utvikling av selvmordstanker, men også for behandlingsresponsen.

2.3 Rask psykisk helsehjelp

Rask psykisk helsehjelp (RPH) er ett lavterskel kommunalt forebyggende tilbud for psykisk helse (NAPHA, 2022). Retningslinjer fra Helsedirektoratet (2013) viser til at Rask psykisk helsehjelp skal ha som mål å: a) redusere nivå av symptomer på angst og depresjon, b) øke livskvalitet og bedre arbeidsevne, c) høy brukertilfredshet, og d) forbedre tilbudet innenfor psykisk helse i kommunene. Målgruppen for behandling er pasienter over 16 år med milde til moderate symptomer på angst, depresjon, stress eller søvnproblemer. Tilbudet er organisert under førstelinje kommunalhelsetjeneste, være lavterskel og ha tilgjengelighet ved at pasientene tar direkte kontakt selv (NAPHA, 2022; Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Selv om Rask psykisk helsehjelp primært har til formål å redusere symptomer på angst og depresjon har Helsedirektoratet (2017) vist til at mange pasienter med angst og depresjon kan ha selvmordstanker. Pasienter med selvmordstanker som ikke er for alvorlig deprimerte eller har en kompleks problematikk skal få behandling på Rask psykisk helsehjelp (Helsedirektoratet, 2017).

Rask psykisk helsehjelp ble utviklet som en respons på behandlingsgapet som eksisterer mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (Knapstad et al., 2019). Der verdens helseorganisasjon påpekte at individer med milde til moderate psykiske helseplager mangler et behandlingstilbud (WHO, 2001; Knapstad et al., 2019). Å utvikle Rask psykisk helsehjelp som et forebyggende behandlingstilbud med tidlig intervensjon skal ha fordeler for individet og samfunnet (NAPHA, 2022). Individet får symptomreduksjon og bedre livskvalitet, noe som forhindrer utviklingen til psykiske problemer som er mer kostbare

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

for samfunnet (Chisholm et al., 2016). Tilbudet skal også føre til økt arbeidsevne som er samfunnsøkonomisk (Chisholm et al., 2016).

Utviklingen av Rask psykisk helsehjelp i Norge ble inspirert av det britiske Improving Access to Psychological Therapies. Improving Access to Psychological Therapies ble utviklet i 2008 og har i likhet med Rask psykisk helsehjelp et mål med å øke tilgjengeligheten for behandling i primærhelsetjenesten. Behandlingen skal være intensiv, effektiv og evidensbasert ved bruk av kognitiv atferdsterapi (Wakefield et al., 2020). Behandlingen baserer seg på et prinsipp med en trappetrinnsmodell, som betyr at pasienten får lavintensitet behandling først, som kan trappes opp til mer intensive behandlingstilnærminger. Flere studier har vist til at Improving Access to Psychological Therapies er et effektivt behandlingstilbud i primærhelsetjenesten (Wakefield et al., 2020; NHS, 2022).

Rask psykisk helsehjelp ble utviklet som et pilotprosjekt av helsedirektoratet på oppdrag fra helse- og omsorgsdepartementet i 2012 (Smith et al., 2016). I 2020 eksisterte tilbudet i 62 kommuner i Norge (FHI, 2020). Tilbudet er bygget på evidensbasert praksis med kognitiv atferdsterapi som hovedtilnærming. Evidensbasert praksis (EBP) består av tre hovedelementer: best tilgjengelig evidens, klinisk ekspertise og pasientkarakteristikker (APA, 2006). I evidensbasert praksis skal klinikerens lese seg opp og være oppdatert på beste forsknings evidens innenfor psykologisk praksis, samtidig som å vurdere egne kliniske erfaringer sammen med pasientkarakteristikker og preferanser i sin utøvelse som terapeut (APA, 2006). Kognitiv atferdsterapi er en behandlingstilnærming med høy grad av evidens for behandling av psykiske lidelser som angst og depresjon (Bogucki et al., 2020). Kognitiv atferdsterapi har som mål å endre ikke hjelpsomme kognitive mønstre og unngåelsesatferd (Young et al., 2021). Terapien er bygget på ideen om at psykopatologi oppstår fra maladaptivt lærte assosiasjoner mellom tanker, atferd og emosjoner som er vedlikehold av kognitive prosesser (eks. oppmerksomhet, tolkning og minner) og atferdsprosesser (eks. unngåelse og forsterkning). Antagelsen er derfor at det meste av emosjonelle, kognitive og atferdsreaksjoner er lærte og kan avlæres. Avlæring foregår ved atferdseksperimenter og utfordring av tankesett (LeMoult et al., 2021).

Behandlingen og oppfølging på Rask psykisk helsehjelp foregår i tverrfaglige team med selvstendige behandlere. Tilbudet gis i form av undervisningsbaserte kurs, veiledet selvhjelp, behandlingsgrupper og individuell psykoterapi. I likhet med Improving Access to Psychological Therapies opererer Rask psykisk helsehjelp etter prinsippet med en

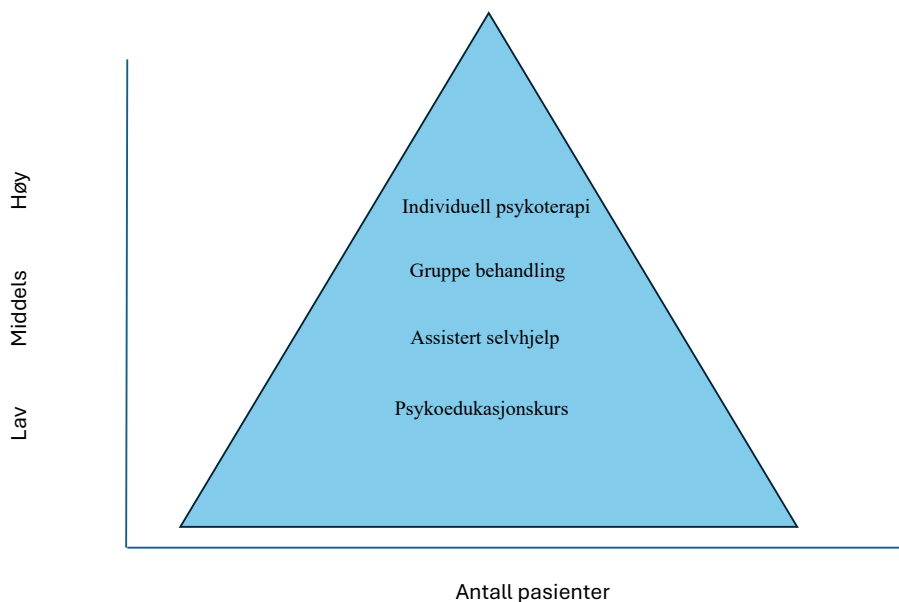
Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

trappetrinnsmodell. En helhetlig vurdering er allikevel i fokus der pasienten og terapeuten blir enige om behandlingsintervensjon og mål (NAPHA, 2022).

Modell 1 viser til hvordan klinikerer vurderer behandlingstilbudet, ut ifra behov og symptomuttrykk. Der høyere symptomuttrykk eller andre omstendigheter (f.eks. høy grad av sykemelding), gir rom til vurdering for mer individuelt tilpasset tilbud. Modellen viser også til hvordan den nederste behandlingsintervensjonen i modellen er et behandlingstilbud som når flere pasienter med de samme ressurser som de andre intervensjonene.

Modell 1

Modellen viser til trappetrinns modellen med vurdering av hjelpe behov på Rask psykisk helsehjelp.



Notat: Antall pasienter viser til hvordan antall pasienter som får behandlingstilbudet øker nedover i pyramiden.

Notat: Lav, middels og høy refererer til klinikerens vurdering av behov for psykisk helsehjelp.

Notat: Denne modellen er inspirert av en modell fra RPH-håndboken utviklet av (NAPHA, 2022).

Individuell psykoterapi er den øverste behandlingsintervensjonen i vurderingspyramiden. Behandlingen er tilpasset pasienten ved at behandlingen foregår en til en mellom behandler og pasient. Terapien baserer seg på strukturerte samtaler som er målrettet og endringsfokuset (NAPHA 2022).

Gruppe behandling er en behandling i øverst midtsjiktet i vurderingspyramiden. På Rask psykisk helsehjelp i Trondheim kommune eksisterer det gruppebehandling for mestring av stress og belastninger, søvnproblemer, angstlidelser og depresjon. Gruppene ledes av to terapeuter, der omfanget for behandlingsgruppene er fra 6-8 samlinger av 2,5 timer med 6 til

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

10 deltagere. Terapeutene har ansvar for gruppedynamikk, å gi relevant undervisning, fasilitere for diskusjon og utveksling av erfaringer mellom deltagerne. Pasientene får også tilgang til materialet i veiledet selvhjelp, som de kan velge å benytte seg av underveis, eller etter behandlingen er ferdig (NAPHA., 2022).

Veiledet selvhjelp (Assistert selvhjelp) er en behandling i nederste midtsjiktet i vurderingspyramiden. På Rask psykisk helsehjelp i Trondheim benytter terapeutene det nettbaserte selvhjelps programmet *assistert selvhjelp*, men andre Rask psykisk helsehjelp team kan benytte seg av andre videobaserte selvhjelpsprogrammer eller utvalgte selvhjelps bøker (NAPHA, 2022). Assistert selvhjelp er et nettbasert program basert på kognitiv atferdsterapi, og har til formål å gi økt kunnskap samt teknikker for å mestre ulike psykiske problemer. Tilbudet skal være fleksibelt ved at pasienten kan jobbe med selvhjelpsmaterialet når det passer, og får oppfølging av en terapeut med ukentlig veiledning på omtrent 20 minutter. Veiledning foregår enten over telefon, videosamtaler eller ved fysiske møter (NAPHA, 2022).

Psykoedukasjonskurs er i nederste sjiktet av vurderingspyramiden. Kurset er basert på kognitiv atferdsterapi, har et fast innhold og ledes vanligvis av to kursholdere (NAPHA, 2022). Rammene for slike kurs er fire samlinger av to timer i uken med alt fra 8 til 40 deltagere. Deltagerne får utdelt en arbeidsbok, kursinnhold, forslag til øvelser de kan gjøre mellom samlinger og informasjonsskriv om aktuelle temaer. Kurset har lavterskel deltagelse, ved at det ikke er noe krav fra deltagerne om å være muntlig aktive i kurset.

Flere behandlingstilbud består av en mixed omsorgsmodell. Begrepet mixed omsorgsmodell kommer fra det engelske ordet mixed care. Mixed care handler om at pasienten kan veksle mellom ulike tilbud samtidig som pasienten følger stegene i et behandlingsforløp (NAPHA, 2022). En begrunnelse for at det er mulig å følge en mixed omsorgsmodell i Rask psykisk helsehjelp er at alle tilbudene er basert på kognitiv atferdsterapi. Behandlingen består av en kombinasjon av de overnevnte tilbudene: individuell psykoterapi, psykoedukasjonskurs, veiledet selvhjelp og gruppebehandling.

2.3.1 Behandlingseffekter av Rask psykisk helsehjelp

Siden Rask psykisk helsehjelp ble utviklet som et pilotprosjekt er det flere studier som har undersøkt implementeringen i Norge (NAPHA, 2022; Knapstad et al., 2018; Smith et al., 2017; Smith et al., 2022). I 2013 ble den første rapporten levert av Folkehelseinstituttet på oppdrag fra det norske helse og omsorgsdepartementet (NAPHA, 2022; Smith et al., 2017).

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

Evalueringen var basert på et observasjonelt forskningsdesign og benyttet seg både av kvantitative og kvalitative metoder (Smith et al., 2017). Resultatet viste at behandlingen førte til en reduksjon i angst og depresjonsplager, samt en forbedring i livskvalitet og en økning i arbeidsdeltagelse (Smith et al., 2017). Funnet ble i ettertid støttet av Knappestad et al. (2018) som viste til at Rask psykisk helsehjelp er gjennomført suksessfullt i Norge, og tilbudet har gode behandlingseffekter. Imidlertid viste undersøkelsen at enkelte deltagere har dårligere behandlingsrespons enn andre. Karakteristikk som var assosiert med dårligere behandlingsrespons var arbeidsløshet, innvandrerbakgrunn, antidepressive medikamenter og å ha rapportert mobbing som årsak til behandling (Knapstad et al., 2018).

Andre studier har også vist til at pasienter på Rask psykisk helsehjelp har gode behandlingsrespons (Lervik et al., 2020; Smith et al., 2022; Knapstad et al., 2020). Lervik et al. (2020) utførte en randomisert kontroll studie av Rask psykisk helsehjelp og fant en tilfriskning på 63.5% i Rask psykisk helsehjelp gruppen og 38.3% i kontrollgruppen (omsorg som vanlig f.eks. Fastlege). Smith et al. (2022) utførte en studie for å undersøke varigheten til behandlingseffektene på Rask psykisk helsehjelp. Studien undersøkte behandlingseffekter ved 24 og 36 måneders oppfølging. Resultatet viste til at bedring etter 6 måneders oppfølging fremdeles var til stede ved 24 og 36 måneders oppfølging.

Oppsummert er det en antagelse fra Helsedirektoratet (2017) om at selvmordstanker er til stede på Rask psykisk helsehjelp. Dette er basert på at pasientene opplever psykiske vansker som angst og depresjon. Forskning på rask psykisk helsehjelp har vist til å redusere angst og depresjon, samt å forbedre livskvalitet og økning av arbeidsdeltagelse. Hvilke effekter tilbudet har på selvmordstanker er fremdeles uvisst, siden det ikke er undersøkt selvmordstanker ved Rask psykisk helsehjelp.

3. Metode

3.1 Forskningsdesign

Forskningsdesign består av den overordnede planen for hvordan forskningsspørsmålet skal besvares (Mellis, 2020). Dette studiet er designet som en observasjonell kohortstudie for å besvare oppgavens hypoteser og problemstilling. I observasjonelle kohortstudier følges en gruppe av individer over tid, noe som gjør det mulig å undersøke utvikling over tid til et gitt utfall etter eksponering (Twisk, 2013). Designet i denne studien er retrospektivt siden dataen er forhåndsinnsamlet (sekundærdata), og blitt benyttet i forskningsprosjektet *systematisk*

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

kvalitetssikring av helsetjenester i primær og spesialist helsetjenesten tidligere. Å basere studien på sekundærdata gjør det mulig å belyse verdifull innsikt om populasjonen ved å kunne evaluere endringer over tid hos populasjonen, i tillegg til å kunne måle flere utfall (Mann, 2003). Studien har også en rekke fordeler ved å være kostnad- og tidseffektiv (Mann, 2003). Imidlertid har retrospektive studier en ulempe i forhold til prospektive studier ved å være mer utsatt for bias og forkludrende variabler. En av årsakene til dette er at forskeren ofte er mindre kjent med innsamlingsprosedyren av dataen, i tillegg til å mangle en oversikt over forhold som kan påvirke og villede dataen (Mann, 2003).

En annen svakhet ved kohortstudier er manglende randomisering. Av denne grunn er randomiserte kontrollerte forsøk (RCT) plassert over kohortstudier i evidenshierarkiet (Hunsley & Mash, 2010). RCT studier har mulighet til å kontrollere for randomisering ved å sikre at gruppene som sammenlignes er så like hverandre som mulig, dette fører til at designet kan ta hensyn til kjente faktorer som kan påvirke utfallet. Allikevel har kohortstudier en styrke ved å ha bedre økologisk validitet enn RCT studier. En av grunnene til dette er at RCT studier ofte har strenge kriterier for hvilke pasienter som blir valgt til å delta i studien, og kan mangle representativitet for målgruppen.

Kohortstudier har også noen styrker i forhold til andre studiedesign som case-studier og tverrseksjonelle studier. Årsaken til dette er at case-studier er retrospektive som begynner med et utfall. Studiet er derfor avhengig av hukommelsen til deltagerne, og hukommelsesbias kan påvirke studiets resultater (Breslow, 1980). Tverrseksjonelle studier gir øyeblikksbilder av assosiasjoner ved et enkelt tidspunkt (Setia, 2016). Dette designet måler både eksponering og utfall samtidig, noe som gjør at det ikke er mulig å identifisere hva som kommer først av utfallet eller eksponeringen. Av disse årsakene er kohortstudier plassert over kase-kontrollstudier og tverrseksjonellestudier i evidenshierarkiet (Mann, 2003).

Det nåværende studiet har tilgang til flere helseutfallsmålinger og det er vurdert at det både er kostnadseffektivt og hensiktsmessig å benytte seg av en retrospektiv kohortstudie. I tillegg kan studien ta hensyn til etiske aspekter. Selvmordstanker er en alvorlig helsetilstand og eksperimentelle studier kan utfordre etikken ved å begrense deltagers tilgang til behandlingsintervensjoner (Mann, 2003). Ved at alle deltagerne får tilgang til behandlingsintervensjonen, er studien derfor sikret at alle får tilgang til nødvendig helsehjelp.

3.2 Bruk av kunstig intelligens

Kunstig intelligens omhandler teknologi som gjør at datamaskiner kan utføre intelligente oppgaver som læring, beslutningstaking og vurderinger (Gil & Perrault, 2025). I

denne specialen er generativ kunstig intelligens i form av computerprogrammert chatbots benyttet. Generativ kunstig intelligens er designet til å skape nye innholdselementer, og chatbots er språkmodeller som benytter seg av generativ kunstig intelligens (Gil & Perrault, 2025). I denne specialen er generativ kunstig intelligens blitt benyttet som et verktøy til å oppsummere fagartikler og rapporter, skape forslag til søkeord for litteratursøk, forslag til relevante artikler, kommentarer på tekstens flyt og struktur, samt forslag til korrektur av rettskrivning. Til dette arbeidet har jeg benyttet meg av språkmodellene ChatGPT og Preplexity.ai. ChatGPT har primært blitt benyttet til å komme med forslag på kommentarer til tekstens flyt, struktur og rettskrivning. Preplexity.ai har primært blitt benyttet til innhenting av faktabasert informasjon med kildeinnhenting og oppsummering av artikler. En av Preplexity.ai sine styrker er at den legger ved direkte kilder til informasjonen den innhenter. Dette gjør det mulig å vurdere troverdigheten til informasjonen som preplexity.ai frembringer.

Kunstig intelligens har begrensninger ved at informasjonen som skapes kan mangle pålitelighet, og er generert for å skape et ønskelig svar (Gil & Perrault, 2025). I følge SDU sine retningslinjer kan chatbots hallusinere, levere svar med verdimessig bias, og er dårlig egnet til å redegjøre for og vurdere datas karakter og tilstrekkelighet (mitsdu.dk, 2024). En fallhøyde er derfor at verktøyene kan finne på informasjon, eller selektere informasjon til et ønskelig svar. I prosessen har det derfor vært sentralt å vurdere kritisk informasjonen verktøyene har foreslått. Dette har blitt utført ved å undersøke kildene som verktøyet innhenter informasjonen fra, og søke opp sekundære kilder som kan bekrefte eller avkrefte informasjonen. Bruken av kunstig intelligens er gjort i tråd med SDUs retningslinjer, og verktøyene har ikke fått tilgang til personopplysninger eller sensitive opplysninger om forskningsprosjektet.

3.3 Undersøkelsen

Data benyttet i denne oppgaven er innhentet fra forskningsprosjektet *Systematisk kvalitetssikring av helsetjenester i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Der Audun Havnen fra Norges tekniske og naturvitenskaplige universitet (NTNU) er prosjektansvarlig, og har gitt tilgang til data for denne oppgaven. Formålet med dette prosjektet er å evaluere behandlingsutbytte og brukertilfredshet ved Nidaros DPS, Trondheim kommune og NTNU poliklinikk for voksne. Formålet til prosjektet er også å undersøke om behandlingen i de overnevnte helsetjenestene fører til redusert sykefravær, mindre behov for helsetjenester og bedret helsestatus. Denne oppgaven er basert på sekundæranalyse av data fra prosjektet.

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

Dataen i denne oppgaven er ment til å utvide kunnskapen om pasientene som benytter seg av Rask psykisk helsehjelp et lavterskel psykisk helsetilbud i Trondheim kommune.

Deltagelse i prosjektet innebærer en innhenting av opplysninger om symptomnivå, funksjonsnivå, livskvalitet og brukertilfredshet. I tillegg innhetens informasjon fra pasientens journal om behandlingsforløpet fra 2 år før behandlingsstart. Prosjektet kobler opp opplysninger fra pasienten mot Arbeids- og velferdsforvaltningens (NAV) sykemeldingsregistre, opplysninger om bruk av helsetjenester fra kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR)-databasen, informasjon om reseptbelagte medisiner fra Reseptregisteret og helseopplysninger fra Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT)-undersøkelsen. Dataen som er benyttet i denne oppgaven er basert på symptomnivå, funksjonsnivå og livskvalitet.

3.4 Prosedyre

Forskningsprosjektet er basert på data som er innsamlet i tidsperioden 2020 til 2023. Rekruttering av deltagere ble foretatt ved at pasienter på Rask psykisk helsehjelp mottar en SMS i første møte med helsetjenesten. I meldingen får deltagerne lenke til et elektronisk samtykkeskjema som er levert av Checkware en nettbasert og sikker tjeneste. Deltagerne logger seg inn ved bruk av BankID (elektronisk legitimasjonstjeneste i Norge) og kan samtykke til at svarene de oppgir i kartleggingen blir brukt i forskningsprosjektet *systematisk kvalitetssikring av helsetjenester i primær og spesialist helsetjenesten*.

Under rekrutteringen får deltagerne informasjon om forskningsprosjektet, at det er frivillig å delta i prosjektet, og at dersom deltageren ønsker å delta kan deltageren signere en elektronisk samtykkeerklæring første gang ved innlogging i Checkware. Deltageren får opplysninger om at det er mulig å trekke sitt samtykke når som helst, uten å oppgi noen grunn for hvorfor deltageren ønsker å trekke sitt samtykke. Deltageren får også opplysninger om at dersom de ønsker å trekke samtykke, vil dette ikke få noen konsekvenser for behandling i helsetjenesten. Dersom deltageren trekker seg fra prosjektet kan deltageren kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Deltagelse i prosjektet anonymiseres ved at fødselsnummeret erstattes med en kode som lagres i en atskilt koblingsliste. Det er kun prosjektleder Audun Havnen som kan gi andre tilgang til denne listen, og listen skal slettes senest den 31.12.2029. Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskning (REK) har vilkår om oppbevaring av identifiserende opplysninger i fem år etter prosjekt-slutt. Alle personopplysninger behandles separat og

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

avidentifiseres uten navn, fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. Prosjektet er vurdert og godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK 31836/2019). På oppdrag fra NTNU institutt for allmennfag har norsk senter for forskningsdata (NSD-AS) vurdert at behandling av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket. Deltagerne ble informert om at kartleggingen foregår før oppstart av behandling, underveis i behandling og etter behandlingen er avsluttet. De fikk opplysninger om at det beregnes 15 minutter å utfylle spørreskjemaet hver gang.

3.5 Forskningsetiske vurderinger

Selv mordstanker er et sensitivt tema (Caprinello & Pinna, 2017). Det er derfor blitt utført forskningsetiske vurderinger for å vurdere forsvarligheten til å undersøke selv mordstanker. Ifølge American Psychological Association (APA, 2017) sine etiske prinsipper: skal deltagelse være frivillig, samtykket skal være et informert samtykke, fordeler av forskning skal komme til gode og ikke være skadelig, forskeren skal være klar over ens ansvar for samfunnet og deltagerne, forskeren skal bevare integritet, rettferdighet og respektere deltagerne. I seksjonen prosedyre er det vist til hvordan deltagerne har gitt et informert samtykke og at forskningen er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskning. I vurderinger av om deltagerne kan ta skade av prosjektet er det vurdert at de får oppfølging av en kliniker som kan håndtere potensielle belastninger. Alle deltagerne ble fulgt opp av helsepersonell uavhengig av om de velger å delta i prosjektet eller velger å trekke sitt samtykke. En utfordring ved det retrospektive studiet er at deltagerne ikke får en direkte gode av sin deltagelse. Imidlertid er det vurdert at informasjonen som dette studiet frembringer skal komme samfunnet og fremtidige pasienter på Rask psykisk helsehjelp til gode. Ved å få informasjon om selv mordstanker eksisterer i populasjonen, er det mulig å benytte den informasjonen til å ivareta pasientens behov på Rask psykisk helsehjelp. Det er derfor vurdert at det er forsvarlig å undersøke om selv mordstanker eksisterer på Rask psykisk helsehjelp.

3.6 Variabler

Innledningsvis kartlegger måleverktøyet Checkware demografiske variabler, som kjønn, alder, sykdomsfravær og sivilstatus. Behandlingsintervensjoner er gruppert inn i fem grupper: individuell psykoterapi, assistert selvhjelp, psykoedukasjonskurs, gruppebehandling og flere behandlinger (se introduksjon for mer informasjon). Undersøkelsen består av

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

screeningsverktøy som kartlegger pasientens nåværende hverdagsfungering, symptomer på angst, symptomer på depresjon, selvfølelse, mestringstro og helserelatert livskvalitet.

Målingene er basert på pasient rapporterte utfall (PROMS). Verktøyene blir beskrevet nærmere under:

Patient Health Questionnaire (PHQ-9). PHQ-9 kan på norsk oversettes til pasienthelse spørreskjema. PHQ-9 er et selv administrert skjema som består av ni items, der hvert item rangeres på en fire punkt skala (Kronke et al., 2010). PHQ-9 undersøker diagnosekriteriene ifølge DSM-5 for en stor depressiv episode. Total skåre rangeres fra 0 til 27 og tolkning av skårene kan gi informasjon om depresjonssymptomers alvorlighetsgrad. I tolkning av depresjonssymptomer ansees en total skåre på 5 som mild, 10 som moderat, 15 som moderat til alvorlig og 20 ansees som alvorlig (Kroenke et al., 2010). PHQ-9 er bedt testet og har demonstrert tilfredsstillende psykometriske egenskaper som et screeningsverktøy for depresjon (Beard et al., 2016). PHQ-9 har også demonstrert konvergent og diskriminerende validitet, og har god sensitivitet til endring (Beard et al., 2016; Kroenke et al., 2010).

Selv mordstanker. Item 9 av PHQ-9 ble benyttet for å vurdere selvmordstanker. Dette itemet spør om «har du hatt tanker om at du ville hatt det bedre dersom du var død eller å skade seg selv på et eller annet vis». Itemet måler om disse tankene har vært tilstede i løpet av de siste to ukene. Respons valgmulighetene er: 0 «ikke i det heletatt», 1 «flere dager», 2 «mer enn halvparten av dagene», og 3 «nesten hver dag». Tverrsnittsforskning har demonstrert at å rapportere tanker om død og selvskading på selvrapporterte depresjonsspørreskjemaer følger kliniske vurderinger til selvmordstanker (Simon et al., 2013). Bauer et al. (2012) viser til at item 9 kan fungere som en nyttig markør for selvmordstanker og viste til at klinikere kan benytte seg av dette itemet til å identifisere psykiske helsebehov. Item 9 i PHQ-9 har tidligere vist til en god egenskap til å oppdage selvmordstanker hos individer og har høy konvergent validitet med andre målinger i selvmordstanke konstruktet (Kim et al., 2021).

General Anxiety Disorder-7 (GAD-7). GAD-7 kan på norsk oversettes til generalisert angstlidelse. GAD-7 ble benyttet som et screeningsverktøy for å vurdere angst symptomer. GAD-7 var ordinært utviklet for generalisert angstlidelse, men den benyttes også som et vurderingsverktøy for andre angstlidelser (Johnson et al., 2019). GAD-7 består av syv items som rangeres på en firepunkts punkts skala. Der 0 =Ikke i det heletatt og 4 = Nesten hver dag. Itemene i skalaen undersøker følgende: 1. følelse av nervøsitet og engstelse, 2. å kunne stoppe eller kontrollere bekymringer, 3. over bekymring, 4. problemer med avslapning,

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

5. rastløshet, 6. irritabilitet, og 7. en følelse av redsel. GAD-7 skårer rangeres fra 0 til 21. I tolkning av angstsymptomer ansees en total skåre på 5 som mild, 10 som moderat, 15 som alvorlig. GAD-7 har vist seg å være et reliabelt og valid mål for angst (Johanson et al., 2019). På tross av å demonstrere høy delt varians med andre kartleggingsskjemaer, har tidligere studier ansett PHQ-9 og GAD-7 som kompatible og passende i konteksten av forskning og i klinisk praksis (Stochl et al., 2020).

Work and social adjustment scale (WSAS). WSAS kan på norsk oversettes til arbeid og sosial tilpasningsskala. WSAS ble benyttet som et screeningsverktøy for arbeid og sosial fungering. WSAS består av seks items, som rangeres på en ni-punkt skala (0 til 8), der 0 = ikke i det heletatt og 8 = veldig alvorlig. Items adresserer begrensinger i fungering i følgende domener: profesjonell rolle, håndtering av oppgaver hjemmet, sosiale fritidsaktiviteter, private fritidsaktiviteter og nære relasjoner. En WSAS skåre under 10 indikerer få begrensinger og er assosiert med subkliniske populasjoner. Skårer mellom 10 og 20 indikerer moderate funksjonelle begrensinger, mens en totalskår over 20 indikerer alvorlige funksjonelle begrensinger. WSAS har blitt inkludert i kliniske retningslinjer og protokoller som et valid verktøy for å vurdere nivåer av begrensinger i hverdagslivet grunnet psykisk eller fysisk helsetilstander (Lundqvist et al., 2024). WSAS har i tidligere studier demonstrert gode psykometriske egenskaper, er sensitiv til forandring og har en god test-retest reliabilitet (Pedersen et al., 2017; Mundt et al., 2002; Mataix-Cols et al., 2005). Forskerne Lundqvist et al. (2024) viser til at WSAS er et reliabelt og valid vurderingsverktøy i norsk rutinemessig psykiske helsevesen.

EuroQol Visual Analog Scale (EQ-VAS). EQ-VAS er en visuell vertikal skala som ble benyttet som et selvrapportert mål på nåværende global helse status. EQ-VAS er en vertikal skala som rangerer fra 0 til 100, der 100 indikerer den best mulige helse statusen og 0 indikerer den dårligst mulige helsestatus. EQ-VAS er et vanlig livskvalitetsspørreskjema å benytte seg i primærhelsetjenesten, og ansees som en intuitiv og enkel måte å evaluere pasienters helhetlige helsetilstand (Kim et al., 2018). I metaanalysen til Cheng et al. (2021) har skalaen vist å være et valid mål for nåværende helse-relatert livskvalitet.

Mestringstro ble målt ved følgende påstand «Jeg har troen på at jeg klarer å løse problemer som kan oppstå (f.eks. Jeg håndterer vanligvis de utfordringene som oppstår, jeg løser problemene om jeg prøver hardt nok, jeg kan følge mine målsetninger og oppnå det jeg ønsker)». Påstanden er utviklet av Williams & Smith (2016), og ble målt ved en 10-punkts likert-skala der 1 = veldig uenig, og 10 = veldig enig. Williams & Smith (2016) viste til at

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

enkeltpåstanden mestringstro viste til god diskriminering mellom variabler. Der det å benytte seg av enkeltpåstander har vist seg nyttig i settinger der tid og kostnader er begrenset (Williams & Smith, 2016).

Selvfølelse ble målt ved følgende påstand «Jeg har god selvfølelse». Påstanden er utviklet av De Cremer et al. (2005), og ble målt ved en 7-punkts likertskala. Der 1 = veldig uenig og 7 = veldig enig. I likhet med påstanden om mestringstro har enkelt påstander vist seg nyttig i settinger der tid og kostnader er begrenset (Williams & Smith, 2016).

3.7 Statistiske analyser

De statistiske analysene ble gjennomført ved bruk av SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versjon 29. Først beskrives analyser og tolkning, deretter forutsetning for analysene. Etterfulgt beskrives analyser av utvalget, for så presentasjon av hvilke analyser som er benyttet for å undersøke de ulike hypotesene. Til slutt presenteres frafallsanalyse.

3.7.1 Analyser og tolkning

For å undersøke problemstillingen og hypotesene er det blitt benyttet deskriptive analyser, korrelasjonsanalyser, uavhengig t-tester, logistisk regresjon og regresjonsanalyser. Nedenfor beskrives hvordan analysene tolkes og rapporteres.

Deskriptive analyser er beskrivende statistikk av dataen (Field, 2018). Denne analysen benyttes til å gi oversikt over hvordan dataen ser ut. Rapporterte verdier er gjennomsnitt, standardavvik, frekvenser og prosent.

Korrelasjonsanalyser er en statistisk metode som benyttes for å undersøke om det eksisterer sammenhenger mellom to variabler. Verdien måles ved en korrelasjonskoeffisient som varierer mellom -1 og 1. Tolkning av korrelasjonskoeffisienten er ved bruk av persons korrelasjonskoeffisient r der sammenhenger på .10 ansees som liten, .30 ansees som moderat og .50 ansees som stor effekt (Field, 2018). Verdier på r over .80 antyder multikolinearitet, og betyr at de korrelerte variablene inneholder overlappende informasjon (Field, 2018).

Uavhengig t-test benyttes i denne oppgaven for å undersøke gjennomsnittet mellom to uavhengige grupper. Denne analysen gir informasjon om det er forskjeller mellom gruppene som er av klinisk betydning. Tolkning av de uavhengige t-testene rapporteres med effektstørrelsen til Cohens d . Effektstørrelsen Cohens d er en standardisert effektstørrelse noe som gjør det mulig å sammenligne effektstørrelser uavhengig av måleenheten. Verdiene for Cohens d tolkes $d \geq 0.2$ og $d < 0.5$ som liten effekt, $d \geq 0.5$ og $d < 0.8$ anses som medium effekt og $d \geq 0.8$ anses som stor effektstørrelse (Field, 2018). Konfidensintervallet angir hvor sikker

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

en kan si at den sanne effektstørrelsen ligger, og et konfidensintervall på 95% til Cohens d vil bli rapportert. Et konfidensintervall som inkluderer null, betyr at koeffisienten ikke har statistisk sikker effekt (Field, 2018).

Logistisk regresjons analyse benyttes for å undersøke sannsynligheten for et gitt utfall, gitt verdiene av de uavhengige variablene (Field, 2018). Tolkningen av analysen er ved effektstørrelser i form av Odds ratio (OR). Odds ratio er et mål som deler odds i en populasjon delt på odds i en annen populasjon. OR vil i denne analysen fortelle oddsen for at selvmordstanker øker, dersom den psykiske helsevariabelen øker med en enhet. En OR-verdi større enn 1.00 vil indikere en økning i den uavhengige variabelen, noe som gir større odds for at utfallet har funnet sted. Dersom OR er mindre enn 1.00 vil det indikere mindre odds for at utfallet har funnet sted, mens en OR med verdi 1.00 kalles for null verdi, som indikerer ingen forskjell (Laing & Rankin, 2011).

I tolkning av OR er konfidensintervall også inkludert. Konfidensintervallet gir et estimat innenfor hvilke verdier populasjonen er sannsynlig å ha. Et 95% konfidensintervall vil gi et estimat med 95% sikkerhet. Dette betyr at dersom konfidensintervallet til OR er både over og under 1.00, er det ikke mulig å stole på at den uavhengige variabelen øker sannsynligheten for en utfallsvariabel. I tillegg til rapportering av effektstørrelse vil Naglkerke R^2 og -2 Log likelihood (rimelighetsberegning) bli rapportert. Naglkerke R^2 gir en indikasjon på variansen i den avhengige variabelen, der verdien 0 betyr at modellen kan forklare lite av variasjonen i variabelen, mens en verdi på 1 betyr at modellen kan forklare mye av variasjonen i variabelen (Field, 2018). -2 log likelihood er et mål som blir benyttet for å vise til hvor mye av variansen i dataen som er uforklart. Der uforklarte observasjoner vil føre til høyere verdier, og indikere en dårlig passende modell (Field, 2018).

Regresjonsanalysene undersøker sammenhengen mellom uavhengige variabler og en avhengig variabel. Analysen kan gi informasjon om hvordan endring i de uavhengige variablene påvirker den avhengige variabelen. Tolkning av analysen følger Fields (2018) standardiserte grenseverdier, og blir rapportert i form av standardisert beta. Ved standardisert β anses sammenhenger på .10 som liten, .30 som moderat og .50 som stor. Der verdiene for R^2 anses .02 som liten, .13 anses som medium og .26 som stor. Konfidensintervaller på 95% for standardisert β vil bli rapportert, og gir et mål på usikkerheten til effekten. Dersom konfidensintervallet overlapper null fører dette til usikkerhet ved effektstørrelsen, og det er ikke mulig å utelukke at den sanne effekten er null. Et smalt konfidensintervall tyder på at estimatet er mer presist (Field, 2018).

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

Omkoding av variabler. I denne analysen er PHQ9 omdøpt til PHQ8, dette er siden alle analysene som inkluderer dette itemet har kodet variabelen til å ekskludere item9.

Omkodingen er for å unngå autokorrelasjonsbias.

3.7.2 Forutsetning for analysene

Ved kohortstudier er det en risiko for frafall underveis i studiet. Å ignorere manglende data kan medføre statistiske skjevheter i resultatet og dermed påvirke analysene (Heymans & Twisk, 2022). Det er derfor utført MCAR-test for å undersøke om det er skjevheter i frafall som kan påvirke analysen. MCAR står for missing completely at random, og består av sannsynligheten for at en deltager forblir i studiet (Heymans & Twisk, 2022). Denne sannsynligheten er ikke avhengig av eksponering, forkludrende variabler eller utfall. Ved et MCAR senario er data fra de deltagerne som forblir i studien antatt å være et tilfeldig utvalg av den ordinære studiepopulasjonen. MCAR tester hypotesen: frafall er tilfeldig for utvalget. Er resultatet signifikant betyr dette at frafall ikke er tilfeldig for utvalget, og er testen ikke signifikant betyr dette at frafallet er tilfeldig for utvalget.

For psykiske helsevariabler før behandling og etter behandling var MCAR analysen ikke signifikant, noe som viser til at manglende responser fremstår tilfeldig, og kan benyttes i statistiske analyser. For demografiske karakteristikk var MCAR analysen signifikant. Det ble derfor utført en utforskning av hvilke variabler som systematisk manglet data. Mønsteret i analysen tydet på at variabelen alder ikke hadde en tilfeldig fordeling. Hypotesen avkastes derfor med at det er ikke tilfeldig hvem som faller fra studiet. Resultatet viser til at det er systematiske forskjeller i alder mellom de som har manglende data og de som har komplett data. Dette kan påvirke analyser som bruker etter behandlingsmål.

3.7.3 Analyse av utvalget

Det ble først utført deskriptive analyser for å undersøke demografiske karakteristikk, livsomstendigheter og psykisk helsetilstand ved utvalget. Analysen av demografiske karakteristikk gir en deskriptiv oversikt over deltagerne i studien. I tillegg kan analysen gi informasjon dersom det er skjevfordelinger i utvalget. Deskriptive analyser over livssituasjonen til deltagerne ble undersøkt ved sykemelding før, og etter behandling. Denne analysen kan gi nyttig informasjon om livskonteksten til deltagerne både før og etter behandling. Der litteratur har vist til at livskonteksten til individet, kan ha betydning for selvmordstanker (Hjelmeland, 2022). Til slutt ble psykiske helsevariabler fra

Selvordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

screeningsverktøyene undersøkt både før og etter behandling. Denne analysen gir informasjon om deltagernes psykiske helse før behandling og psykisk helse etter behandling.

3.7.4 Hypotese 1

For å undersøke hypotese 1. *Selvordstanker er tilstede hos pasienter som mottar behandling på Rask psykisk helsehjelp.* Ble det utført deskriptive analyser av PHQ9-item9 før behandling og etter behandling. PHQ9-item9 før behandling er kalt selvmordstanker-pre, PHQ9-item9 etter behandling er kalt selvmordstanker-post. Dersom deltagere har respondert verdiene 1, 2 eller 3 på selvmordstanker-pre og/eller selvmordstanker-post bekreftes hypotesens antagelse. Dersom deltagerne kun responderte verdien 0 på selvmordstanker-pre og selvmordstanker-post vil hypotesen avkreftes.

Ved en bekreftelse av hypotesen undersøkes det videre om det er forskjeller i utvalget basert på demografiske eller psykiske helsevariabler. Først utføres det en korrelasjonsanalyse for å vise til sammenhengen mellom selvmordstanker, demografiske karakteristikk, og psykisk helsestatus. Demografiske og psykiske helsevariabler er inkludert for å undersøke om det er forhold ved psykiske helsevariabler eller karakteristikk ved deltagerne som opererer som modererende faktorer, som kan være av betydning for selvmordstanker før behandling.

De variablene med klinisk verdi til selvmordstanker fra korrelasjonsanalysen ble så undersøkt i en uavhengig t-test. Der variabler med en korrelasjon over $r = .10$ ble inkludert. I analysen ble selvmordstanker kodet om til en dikotom variabel der 0 = ikke selvmordstanker, og 1 = selvmordstanker. Basert på resultatet fra den uavhengige t-testen ble det så selektert variabler til logistisk regresjonsanalyse. Den uavhengige t-testen presenteres ikke i resultater på grunn av oppgavens lengde, og for å begrense gjentakende resultater. T-testen ble derfor benyttet som et verktøy for selektering av variabler for logistisk regresjonsanalyse. Se appendix for tabell 1A som inneholder resultater fra den uavhengige t-testen.

Det ble så utført en logistisk regresjonsanalyse for å undersøke potensielle odds basert på psykiske helsevariabler til selvmordstanker før behandling. Seleksjon av uavhengige variabler ble basert på en bakover selektering av variabler, som er en statistisk tilnærming (Lindsey & Sheather, 2010). Denne tilnærmingen ble benyttet, siden selvmordstanker er et komplekst fenomen der litteratur har vist til at flere faktorer er av betydning for utvikling av selvmordstanker. Variabler ble derfor selektert ut ifra korrelasjoner til selvmordstanker-pre og resultat av den uavhengige t-testen. Variabler som ble inkludert i analysen hadde en moderat til sterk effektstørrelse der $d = \geq 0.5$.

Selvordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

I logistisk regresjonsanalyse deles to sannsynligheter på hverandre, og kalles for odds. «Odds for at en hendelse oppstår er definert som sannsynligheten for en hendelse oppstår delt på sannsynligheten for at en hendelse ikke oppstår» (Fields, 2018, s. 188). I dette tilfellet undersøkes oddsen for sannsynligheten at selvmordstanker finner sted basert på psykiske helsevariabler delt på sannsynligheten at selvmordstanker ikke finner sted basert på psykiske helsevariabler.

3.7.5 Hypotese 2

For å undersøke hypotese 2. *Psykisk helsestatus før behandling er av betydning for endring av selvmordstanker fra før behandling til etterbehandling.* Har til formål med å undersøke om psykiske helsekarakteristikker modererer (påvirker) effekten av behandling på Rask psykisk helsehjelp for endring av selvmordstanker.

Først ble det utført en deskriptiv analyse over endring av selvmordstanker fra før behandling til etter behandling. Selvmordstanker er i denne analysen kodet som en differansevariabel bestående av PHQ9-item9-pre minus PHQ9-item9-post. Den omkodede variabelen refereres til som selvmordstanker-diff. Det gjøres oppmerksomhet på tolkning av variabelen. Selvmordstanker-diff vil ikke vise til hvilke verdier selvmordstanker har endret seg på fra før behandling til etter behandling. For eksempel vil en deltager som har oppgitt en respons 1 på selvmordstanker-pre 1 (flere dager), som etter behandling oppgir verdi 1 (flere dager) på selvmordstanker-post, komme under kategorien «ingen endring». Dersom deltageren oppgir verdi 1 (flere dager) ved selvmordstanker-pre og deretter oppgir verdi 0 (ikke i det heletatt) ved selvmordstanker-post. Vil det vises ved en endringsgrad på forbedring 1 grad. Verdien viser dermed til endringsgrad av behandling, og ikke til hvilken verdi selvmordstanker endret seg på fra før behandling til etter behandling.

Videre ble det utført en korrelasjonsanalyse som viser til sammenhengen mellom selvmordstanker-diff og psykiske helsevariabler. Denne korrelasjonsanalysen ble gjennomført for å undersøke uavhengighet mellom studiens variabler, samt for å undersøke hvilke sammenhenger psykiske helsevariabler har til selvmordstanker-diff.

Deretter ble det utført en regresjonsanalyse for å undersøke prediktorer til selvmordstanker-diff. Seleksjon av uavhengige variabler ble basert på en bakover selektering av variabler, som er en statistisk tilnærming (Lindsey & Sheather, 2010). Først ble de psykiske helsevariablene som hadde en korrelasjon med klinisk verdi til selvmordstanker-diff med en verdi over $r = .10$, inkludert i analysen. Deretter ble variabler med betydningsfulle effektstørrelse selektert.

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

I parametriske tester slik som regresjonsanalyser kreves det at visse forutsetninger er oppfylt for at analysen skal oppfattes som reliabel. Forutsetningene om ingen multikollinearitet og uavhengighet ble møtt. Forutsetningene illustreres ved at alle prediktorene har lavere korrelasjoner enn 0.8, *VIF* ligger sentrert rundt 1.50 til 2.50 og Durbin-Watson er sentrert rundt 1.68, noe som indikerer at det antagelig vis ikke er noen sammenheng mellom residualene. Forutsetningen om normalfordeling er ikke møtt ved at Kolmorov-smirnov er signifikant. Normalitet ble ignorert ved at det ble foretatt en Bias-corrected and accelerated (BCa) bootstrap av analysen med et utvalg på 2000 for estimering av signifikansnivå og konfidensintervaller.

3.7.6 Hypotese 3

For å undersøke hypotese 3. *Mottatt behandlingsintervensjon er assosiert med selvmordstanker etter behandling.* Ble det først utført deskriptivanalyse for å vise til hvilke behandlingsintervensjoner deltagerne på Rask psykisk helsehjelp mottok.

Deretter ble det utført en korrelasjonsanalyse som undersøker sammenhengen mellom behandlingsintervensjoner, demografiske og psykiske helsevariabler før behandling. Demografiske og psykiske helsevariabler ble inkludert for å undersøke om psykiske helsestatus og demografiske variabler før behandling har en sammenheng med hvilket behandlingstilbud deltagerne mottok.

Videre ble det utført en regresjonsanalyse for å undersøke om behandlingsintervensjonen som deltageren mottok var en prediktor for selvmordstanker etter behandling. Den avhengige variabelen er selvmordstanker-post som består av PHQ9-item9-post. Seleksjon av uavhengige variabler ble basert på en teoribasert tilnærming (Lindsey & Sheather, 2010). Tidligere litteratur har vist til blandede funn for behandlingsintervensjoner og hypotesen gjør det relevant å undersøke alle behandlingsintervensjonene på Rask psykisk helsehjelp.

Behandlingsintervensjoner besto av variabelen type-RPH-behandling. Denne variabelen besto av et skala mål fra 1 til 5, der verdi 1 = flere RPH tilbud, 2 = gruppe tilbud, 3 = individuell psykoterapi, 4 = psykoedukasjonskurs, 5 = assistert selvhjelp. For å kunne sammenligne effekten av de forskjellige behandlingsintervensjonene ble variabelen dummykodet inn i 5 nye variabler. Der verdi 0 = de andre behandlingsintervensjonene og verdi 1 = behandlingsintervensjonen som deltageren mottok.

For å undersøke forskjeller i behandlingseffekter, ble en av gruppene selektert til å være kontrollgruppe. Den gruppen som ble selektert til å være kontrollgruppe var

Selvordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

psykoedukasjonskurs basert på at denne gruppen hadde en stor utvalgsstørrelse ($n = 283$). I regresjonsanalysen ble de andre behandlingsintervensjonene satt opp imot kontrollgruppen. Denne fremstillingen gjør at analysen har et referansepunkt kalt konstantledd. Konstantleddet består av gjennomsnitts verdier til selvmordstanker-post for kontrollgruppen (psykoedukasjonskurs) (Field, 2018). I tolkning av analysen vil standardisert og ustandardisert beta til prediktorene benytte konstant verdien som sammenligningsgrunnlag. Analysen gjør det derfor mulig å sammenligne om de andre behandlingstilbudene har en positiv eller negativ behandlingseffekt på selvmordstanker etter behandling sammenlignet med kontrollgruppen som referansepunkt.

Forutsetningen om ingen multikollinearitet og uavhengighet ble møtt ved at alle prediktorene hadde lavere korrelasjoner enn 0.8 *VIF* var rundt 1.23 til 1.4. og Durbin-Watson var sentrert rundt 1.74, noe som indikerer at det antageligvis ikke er en sammenheng mellom residualene. Forutsetningen om normalfordeling er ikke møtt ved at Kolmorov-smirnov er signifikant. Normalitet ble ignorert ved at det ble foretatt en Bias-corrected and accelerated (BCa) bootstrap av analysen med et utvalg på 2000 for estimering av signifikansnivå og konfidensintervaller.

3.7.7 Frafall.

For å undersøke statistiske skjevheter ble det undersøkt hvem i utvalget som ikke fullførte spørreskjemaet etterbehandling ved å ikke ha svart på selvmordstanker (PHQ9-item9-post). Disse deltagerne ble sammenlignet ved bruk av en uavhengig t-test. Den uavhengige variabelen kalles for fullførtselvordstanker-post. Denne variabelen består av en dummykodet variabel av PHQ9-item9-post der 0 = de deltagerne som ikke har respondert på phq9-item9-post, og 1 = de deltagerne som har respondert på phq9-item9-post. Utvalg av variabler ble basert på bakover selektering, der demografiske, selvmordstanker-pre og psykiske helsevariabler ble inkludert som uavhengige variabler. Ved å inkludere flere variabler i analysen øker sannsynligheten for å begå type 1 feil, ved at sannsynligheten øker for å finne signifikante sammenhenger (Fields, 2018). Alpha ble derfor justert for med bonferroni ved $\alpha = 0.05/13 = 0.0038$. Basert på resultater fra den første t-testen ble det utført en ny uavhengig t-test der uavhengige variablene med klinisk effekt ble inkludert i analysen. Se appendix tabell 1E for første modell av den uavhengige t-testen.

4. Resultater

4.1 Demografi

Utvalget besto av 897 pasienter. Kjønn var delt inn i variablene mann og kvinne. I utvalget var det en overvekt av kvinner som totalt utgjorde 66,8%, mens menn utgjorde 31,2%. Alderen til deltagerne varierte fra 16 til 77 år med en variasjonsbredde på 61 ($M = 34.07$, $SD = 11.55$). Størst andel av deltagerne hadde fullført videregående ($n = 276$, 30.8%), og majoriteten beskrev at de hadde en samlet total inntekt i husholdningen på 450 000-750 000kr ($n = 257$, 28.7%). 49.3% oppga å være i et forhold mens 46.9% oppga å være enslige. 42.7% av utvalget oppgir å ha vært i tidligere behandling der 23.3% oppgir at de tidligere har mottatt behandling innenfor psykisk helsevern.

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

Tabell 1

Demografiske karakteristikk til pasienter på Rask psykisk helsehjelp

	<i>n(%)</i>
Alder	
16-29	390(43.5)
30-39	271(30.2)
40-49	119(13.3)
50-59	82(9.1)
60-79	31(3.5)
Biologisk kjønn	
Menn	281(31.3)
Kvinner	600(66.9)
Utdanningsnivå	
Fagskole	63(7.0)
Grunnskole eller lavere	40(4.5)
Høyere utdanning 1-3år	235(26.2)
Høyere utdanning 4år+	266(29.7)
Videregående	276(30.8)
Samlet inntekt for husholdning	
Under 250 000kr	133(14.8)
250 000-450 000kr	161(17.9)
451 000-750 000kr	257(28.7)
751 000-1 000 000kr	125(13.9)
Over 1 000 000kr	186(20.7)
I et forhold	
Enslig	421(46.9)
I et forhold	442(49.3)
Ikke oppgitt	34(3.8)
Tidligere behandling	
Ja	383(42.7)
Nei	514(57.3)
Tidligere behandling psykisk helse	
Ja	209(23.3)
Nei	688(76.7)

Notat: Kategorien 60-77 er to aldersgrupperinger slått sammen. De sammenslåtte kategoriene er 60-69 og 70-79.

Notat: grunnskole eller lavere er slått sammen av to kategorier. De sammenslåtte kategoriene er grunnskole og ikke fullført grunnskole.

Notat: n = 897.

4.2 Sykemeldt før og etter behandling

Sykdomsfravær ble undersøkt både før og etter behandling. Før behandling oppga 131 (14,6%) deltagere at de var 100% sykemeldt, mens 153 (17,1%) deltagere oppga at de var delvis sykemeldt. 582 oppga at de ikke var sykemeldt før behandling. 31 deltagere (3,5%) responderte ikke på hvorvidt de var sykemeldte eller ikke før behandling. Etter behandling var det 423 deltagere (47,2%) som ikke oppga om de var sykemeldt eller ikke etter behandling. Av de som responderte var det 352 deltagere som oppga å ikke være sykemeldt etter behandling, mens 70 deltagere oppga å være delvis sykemeldt, og 52 deltagere oppga å være 100% sykemeldt etter behandling på Rask psykisk helsehjelp.

Tabell 2

Sykemelding før og etter behandling på Rask Psykisk Helsehjelp

	<i>n(%)</i>
Før behandling	
Sykemeldt 100%	131(14.6)
Delvis sykemeldt	153(17.1)
Ikke sykemeldt	582(64.9)
Etter behandling	
Sykemeldt 100%	52(5.8)
Delvis sykemeldt	70(7.8)
Ikke sykemeldt	352(39.2)

Notat: manglende respondenter er 31 deltagere før behandling, og 423 deltagere etter behandling.

4.3 Psykisk helse før behandling

Tabell 3 viser gjennomsnitt og standardavvik for variabler som er benyttet til å måle psykisk helsestatus før oppstart av behandling på Rask psykisk helsehjelp. Før behandling hadde deltagerne gjennomsnittlig moderate symptomer på PHQ8-pre ($M = 12.45$, $SD = 5.37$) og GAD7-pre ($M = 10.68$, $SD = 4.47$). Moderate gjennomsnittlige symptomer på funksjonssvikt vist ved WSAS-pre ($M = 17.70$, $SD = 7.88$), og moderat gjennomsnittlig rapportert helserelatert livskvalitet vist ved EQ-VAS-pre ($M = 56.98$, $SD = 17.49$). Deltagerne rapporterer også moderate gjennomsnittlige verdier på mestringstro ($M = 6.21$, $SD = 2.04$) og selvfølelse ($M = 3.49$, $SD = 1.48$).

Tabell 3

Deskriptiv analyse av før behandlingsskårer på PHQ-9, GAD-7, WSAS, EQ-VAS, mestringstro og selvfølelse.

Variabel	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>
PHQ8-Pre	863	12.45	5.37	0-24
GAD7-Pre	864	10.68	4.47	0-21
WSAS-Pre	861	17.70	7.88	0-48
EQ-VAS-Pre	851	56.98	17.49	0-100
Mestringstro-Pre	661	6.21	2.04	1-10
Selvfølelse-Pre	661	3.49	1.48	1-7

Notat: PHQ8-pre er kodet til å ekskludere PHQ9-item9.

Notat: Pre = før behandling.

4.4 Psykisk helse etter behandling

Tabell 4 viser psykisk helsestatus etter behandling på Rask psykisk helsehjelp. Etter endt behandling hadde deltagerne gjennomsnittlig milde symptomer på PHQ8-post ($M = 8.21$, $SD = 5.47$) og GAD7-post ($M = 7.20$, $SD = 5.54$). Moderate gjennomsnittlige symptomer på funksjonssvikt vist ved WSAS-post ($M = 15.18$, $SD = 9.33$), og moderat gjennomsnittlig rapportert helserelatert livskvalitet vist ved EQ-VAS-post ($M = 64.49$, $SD = 20.55$). Deltagerne rapporterer også moderate gjennomsnittlige verdier på mestringstro ($M = 6.89$, $SD = 2.00$) og selvfølelse ($M = 4.38$, $SD = 1.46$).

Tabell 4

Deskriptiv analyse av etter behandlingsskårer på PHQ-9, GAD-7, EQ-VAS, mestringstro og selvfølelse.

Variabel	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>
PHQ8-Post	323	8.21	5.47	0-24
GAD7-Post	333	7.20	4.54	0-21
WSAS-Post	313	15.18	9.33	0-48
EQ-VAS-Post	310	64.49	20.55	0-100
Mestringstro-Post	463	6.89	2.00	1-10
Selvfølelse-Post	463	4.38	1.46	1-7

Notat: PHQ8-Post er kodet til å ekskludere PHQ9-item9.

Notat: Post = etter behandling.

Selvordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

4.5 Hypoteser 1

Selvordstanker er til stede hos pasienter som mottar behandling på Rask psykisk helsehjelp.

4.5.1 Selvordstanker før behandling

Tabell 5 viser antall og prosent av deltagere som opplever selvordstanker innenfor en to ukersperiode før behandling på Rask psykisk helsehjelp. Totalt var det 860 deltagere som responderte på dette itemet før behandling. 67.3% oppgir at de ikke har opplevd selvordstanker i det heletatt, 25.1% oppgir at de opplever selvordstanker flere dager, 5.6% oppgir at de opplever selvordstanker mer enn halvparten av dagene, og 2% oppgir at de opplever selvordstanker nesten hver dag.

Tabell 5

Selvordstanker hos pasienter før behandling på Rask psykisk helsehjelp.

	<i>n(%)</i>
Selvordstanker	
Ikke i det heletatt	579(67.3)
Flere dager	216(25.1)
Mer enn halvparten av dagene	48(5.6)
Nesten hver dag	17(2.0)

Notat: Selvordstanker består av PHQ9-item9-pre.

Notat: $n = 860$.

4.5.2 Selvordstanker etter behandling

Tabell 6 viser antall og prosent av deltagere som opplever selvordstanker etter behandling på Rask psykisk helsehjelp innenfor en to ukers periode. Totalt var det 324 deltagere som responderte på dette itemet etter behandling. 81.2% oppgir at de ikke har opplevd selvordstanker i det heletatt, 14.8% oppgir at de opplever selvordstanker flere dager, 2.8% oppgir at de opplever selvordstanker mer enn halvparten av dagene, og 1.2% oppgir at de opplever selvordstanker nesten hver dag.

Tabell 6

Selv mordstanker hos pasienter etter behandling på Rask psykisk helsehjelp.

	<i>n</i> (%)
Selv mordstanker	
Ikke i det heletatt	263(81.2)
Flere dager	48(14.8)
Mer enn halvparten av dagene	9(2.8)
Nesten hver dag	4(1.2)

Notat: Selv mordstanker består av PHQ9-item9-post.

Notat: $n = 324$

4.5.3 Korrelasjons analyse

Tabell 7 viser gjennomsnitt og standardavvik for studiens variabler, og sammenhengen mellom de (r).

Før selv mordstanker var den sterkeste korrelasjonen en moderat negativ korrelasjon med mestringstro-pre vist ved $r(861) = -.32, p = .001$. Å ha selv mordstanker før behandling var assosiert med lavere mestringstro før behandling. Selv mordstanker hadde også en negativ moderat korrelasjon til selvfølelse-pre vist ved $r(861) = -.30, p = .001$. Å ha selv mordstanker før behandling var assosiert med lavere selvfølelse før behandling. I tillegg hadde selv mordstanker før behandling en negativ svak korrelasjon med EQ-VAS før behandling vist ved $r(851) = -.24, p = .001$. Å ha selv mordstanker før behandling var assosiert med lavere helse relatert livskvalitet før behandling.

Den sterkeste positive korrelasjonen til selv mordstanker før behandling var en moderat positiv korrelasjon til PHQ8-pre. Å ha selv mordstanker før behandling var assosiert med mer symptomer på depresjon. GAD7-pre ($r(860) = .28, p = .001$) og WSAS-pre ($r(853) = .28, p = .001$) hadde også en svak positiv sammenheng til selv mordstanker før behandling. Høyere symptomer på angst og begrenset arbeid og sosial fungering var også assosiert med å ha selv mordstanker før behandling.

Av demografiske variabler hadde alder ($r(860) = -.13, p = .001$), utdanning ($r(860) = -.13, p = .001$) og inntekt ($r(860) = -.16, p = .001$) en negativ svak korrelasjon til

Selvordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

selvordstanker-pre. Selvordstanker før behandling var assosiert med lavere alder, lavere utdanning og å ha lavere inntekt.

Tabell 7

Korrelasjonsmatrise med variablene alder, kjønn, ensom, utdanning, inntekt, sykemledt-pre,, mestringsstro-pre, selvfølelse, PHQ-9-item9-pre, WQ-VAS-pre, PHQ-9-pre, GAD7-pre, WSAS-pre.

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

Variabler	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1.Alder	894	34.07	11.55	-												
2.Kjønn	881	.68	.47	-.00	-											
3.Sivistatus	863	.49	.50	-.19**	-.01	-										
4.Utdanning	880	4.47	1.33	.17**	.10**	-.16**	-									
5.Inntekt	862	3.08	1.34	.33**	-.03	-.51**	.27**	-								
6.Sykemeldt-Pre	866	.33	.47	.27**	.03	-.08*	.05	.20**	-							
7.Mestringstro Pre	661	6.21	2.04	.03	-.08*	-.04	.08*	.10**	-.02	-						
8.Selvfølelse-Pre	661	3.49	1.48	.08*	-.09*	-.04	.10**	.11**	.04	.60**	-					
9.Selv mordstanker-pre	860	.42	.69	-.13**	.00	.09**	-	-.16**	-.05	-.30**	-	-				
10.EQ-VAS-pre	851	56.98	17.49	.02	-.09**	-.08*	.07	.12**	-	.36**	.39**	-.24**	-			
11.PHQ8-Pre	857	12.05	5.04	-.09**	.04	.06	-	-.14**	.13**	-.33**	-	.42**	-	-		
12.GAD7-Pre	860	10.69	4.46	-.10**	.09**	-.04	-	-.14**	.04	-.23**	-	.28**	-	.60**	-	
13.WSAS-Pre	853	19.75	7.83	-.05	-.00	.02	-	-.06	.16**	-.27**	-	.28**	-	.67**	.43**	-
							.09**				.29**		.48**			

Notat: ** $p < .01$, * $p < .05$.

Notat: PHQ-8 er dummykodet til å ekskludere PHQ9-item9.

Notat: Selvmordstanker er på en ordinal skala fra 0-3, der 0 = ikke i det heletatt, 1 = flere dager», 2 = mer enn halvparten av dagene, og 3 = nesten hver dag.

Notat: Pre = før behandling.

4.5.4. Logistisk regresjons analyse

Logistisk regresjonsanalyse ble benyttet for å utforske hvilke variabler som kunne ha assosiasjoner med å øke eller redusere sannsynligheten for selvordstanker før behandling. Valg av variabler ble basert på korrelasjoner til selvordstanker-pre og resultat av den uavhengige t-testen. Variablene kjønn, sivilstatus, inntekt og sykemeldt-pre presenteres ikke i denne tabellen basert på lave korrelasjoner. Variablene alder og utdanning ekskluderes i denne analysen basert på små effektstørrelser fra t-testen (se appendix tabell 1A).

Variablene som ble inkludert i analysen har korrelasjoner av klinisk verdi med selvordstanker-pre. I tillegg til moderate til sterke effektstørrelser basert på cohens *d*. Disse variablene er: mestringstro-pre, selvfølelse-pre, EQ-VAS-pre, PHQ8-pre, GAD7-pre, og WSAS-pre. I denne analysen er selvordstanker en dikotom variabel der 0 = ikke selvordstanker og 1 = selvordstanker.

Resultatene viser at modellen med selvordstanker som avhengig variabel ble funnet å ha $-2 \text{ Log likelihood} = 646.129$ og Nagelkerke $R^2 = .278$. Omnibus test ga $\chi^2 = 138.96$, $p = <.001$. Disse resultatene indikerer at modellen for selvordstanker forklarer 28% av variansen. Resultatene viser at selvordstanker hadde en sammenheng til PHQ8-pre vist ved $OR = 1.15$, $CI = 1.08$ til 1.22 , $p = .001$. Der en økning av PHQ8-pre viser til en større odds for økning av selvordstanker.

Mestringstro-pre ($OR = .88$, $CI = .79$ til $.98$, $p = .02$) og selvfølelse-pre ($OR = .80$, $CI = .67$ til $.98$, $p = .01$) hadde en effektstørrelse på OR under 1, og konfidensintervallet var under 1. Verdiene for både mestringstro-pre og selvfølelse-pre viser til at ved en økning av mestringstro før behandling var det lavere odds for å ha selvordstanker. Det samme gjelder for selvfølelse, der en økning av selvfølelse før behandling var det mindre odds for selvordstanker før behandling.

GAD-7pre, WSAS-pre og EQ-VAS-pre viser ingen relevante effekter for selvordstanker før behandling. For disse prediktorene var OR sentrert rundt 1, og *CI* ligger både over og under 1. Disse variablene inkluderes dermed ikke i tabell 7, se appendix for mer informasjon med tabell 1B der disse variablene er inkludert.

Selvordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

Tabell 8

Oppsummert multiple logistisk regresjonsanalyse med selvmordstanker som avhengig variabel og mestringsstro-pre, Selvfølelse-pre, PHQ8-pre som uavhengige variabler.

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>OR</i>	<i>95% CI</i>	
					<i>LB</i>	<i>UB</i>
Mestringsstro-Pre	-.13	.06	.02	.88	.78	.98
Selvfølelse-Pre	-.23	.09	.01	.80	.67	.94
PHQ8-Pre	.14	.03	<.001	1.15	1.08	1.22

Notat: Avhengig variabel er selvmordstanker-pre som består av PHQ9-item9-pre som er dummykodet, der 0 = ikke selvmordstanker og 1 = selvmordstanker.

Notat: PHQ8 er dummy kodet til å ekskludere PHQ9-item9.

Notat: Total størrelse på utvalg $N = 631$, selvmordstanker $n = 198$, ikke selvmordstanker $n = 433$.

4.6 Hypotese 2

Psykisk helsestatus før behandling er av betydning for endring av selvmordstanker etter behandling.

4.6.1 Endring av selvmordstanker fra før behandling til etter behandling

Tabell 9 viser til endring av selvmordstanker fra før behandling til etter behandling. Selvmordstanker er kodet til en differansevariabler der PHQ9-item9-pre er subtrahert med PHQ9-item9-post. Denne variabelen kalles for selvmordstanker-diff, og verdien viser til om selvmordstanker har endret seg fra før behandling til etter behandling.

Utvalgsstørrelsen til selvmordstanker-diff var 319 respondenter. Tabell 10 viser til at 72.7% oppga ingen endring fra før behandling til etter behandling på selvmordstanker. 17.6% oppga forbedring 1 grad, som vil si at de fikk en liten redusering av selvmordstanker etter behandling. 3.4% oppga forbedring 2 grader, som viser til at de fikk en moderat redusering av selvmordstanker etter behandling. 0.3% oppga forbedring 3 grader, som viser til at de fikk en stor redusering av selvmordstanker etter behandling.

Der var 5% av deltagerne som oppga forverring med 1 grad, som vil si at de fikk en liten forverring av selvmordstanker etter behandling. 0.9% oppga forverring med 2 grader, som vil si at de fikk en moderat forverring av selvmordstanker etter behandling.

Tabell 9

Oversikt over endring av selvmordstanker i utvalget basert på selvmordstanker-diff.

Endring av selvmordstanker	N(%)
Forverring 2 grader (-2)	3(0.9)
Forverring 1 grad (-1)	16(5.0)
Ingen endring (0)	232(72.7)
Forbedring 1 grad (1)	56(17.6)
Forbedring 2 grader (2)	11(3.4)
Forbedring 3 grader (3)	1(0.3)

Notat: $n = 319$.

Notat: selvmordstanker-diff. Er en forkortelse for selvmordstanker differanse fra pre til post.

Notat: selvmordstanker-diff er kodet med PHQ9-item9-pre minus PHQ9-item9-post.

Notat: Pre = før behandling, post = etter behandling.

4.6.2 Korrelasjons analyse

Tabell 10 viser gjennomsnitt og standardavvik for analysens variabler, og sammenhengen mellom de (r).

Selvordstanker-diff hadde en svak negativ korrelasjon til mestringstro-pre ved $r(318) = -.22, p = .001$. Der høyere grad av mestringstro før behandling er assosiert med en forverring av endring i selvmordstanker. Selvmordstanker-diff hadde også en svak negativ korrelasjon til selvfølelse-pre vist ved $r(318) = -.16, p = .001$. Der de som hadde høyere grad av selvfølelse før behandling var assosiert med en forverring av endring i selvmordstanker. I tillegg hadde EQ-VAS-pre en svak negativ korrelasjon med selvmordstanker-diff, vist ved $r(318) = -.13, p = .021$. Der de som skåret høyere på helserelatert livskvalitet var assosiert med en forverring i endring av selvmordstanker.

Selvordstanker-diff hadde en positiv lav korrelasjon til PHQ8-pre vist ved $r(318) = .18, p = .001$. Der de som skåret høyere på PHQ8-pre var assosiert med en forbedring av endring i selvmordstanker. GA7-pre og WSAS-pre hadde ingen korrelasjoner til selvmordstanker av klinisk verdi. Disse psykiske helsevariablene var ikke assosiert med endring av selvmordstanker fra før behandling til etterbehandling.

Tabell 10

Korrelasjonsmatrise med endringsvariabelene selvmordstanker, mestringstro-pre, selvfølelse-pre, PHQ8-pre, GAD7-pre, WSAS-pre og EQ-VAS-pre.

Variabler	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4	5	6	7
1.Selv mordstanker-diff	319	.19	.63	-						
2.Mestringstro-pre	661	6.21	2.04	-.22**	-					
3.Selv følelse-pre	661	3.49	1.48	-.16**	.60**	-				
4.PHQ8-pre	857	12.05	5.04	.18**	-	-	-			
					.33**	.40**				
5.GAD7-pre	860	10.69	4.46	.10	-	-	.60**	-		
					.23**	.32**				
6.WSAS-pre	853	19.75	7.83	.10	-	-	.67**	.43**	-	
					.27**	.29**				
7.EQ-VAS-pre	851	56.98	17.49	-.13*	.33**	.39**	-.50**	-.35**	-.48**	-

Notat., *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Notat Selvmordstanker-diff er et rekodet item bestående av PHQ9-item9-pre minus PHQ9-item9-post.

Notat: Pre = før behandling. Post = etter behandling.

4.6.3 Regresjonsanalyse

Først ble det utført en analyse der variablene som ble inkludert hadde korrelasjoner med en verdi over $r = .10$ med selvmordstanker-diff. Disse variablene er mestringstro-pre, selvfølelse-pre, PHQ8-pre og EQ-VAS-pre. Regresjonsmodellen viser om disse psykiske helsevariablene er prediktorer for endring i selvmordstanker fra før behandling til etter behandling. GAD7-pre og WSAS-pre hadde ikke korrelasjoner med en effektstørrelse over $r = .10$ til selvmordstanker-diff og ekskluderes fra analysen.

Regresjonsmodellen med alle prediktorene forklarte 6% av variansen til endring av selvmordstanker, $R^2 = .06$, $F(4) = 4.00$, $p < .004$. Analysen viser til en prediktor som hadde en effektstørrelse over $\beta = .10$. Prediktoren var mestringstro-pre ($\beta = -.18$, 95% $CI = -.37$ til $.02$). Imidlertid er konfidensintervallet til mestringstro-pre over og under null, som medfører at effekten ikke er statistisk sikker.

Selv følelse, PHQ8-pre og EQ-VAS var prediktorer som hadde en klinisk verdi under $\beta = .10$ for behandlingseffekter til endring av selvmordstanker, samt konfidensintervaller over og under null. Analysen viser til at ingen psykiske helseprediktorer hadde betydning for endring av selvmordstanker fra før behandling til etter behandling.

Selvordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

Tabell 11

Oppsummering regresjonsanalyse med avhengig variabel er selvmordstanker-diff, uavhengig variabler er: mestringsstro-pre, selvfølelse-pre, PHQ8-pre og EQ-VAS-pre.

	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>95% CI</i>		<i>R</i> ²
				<i>LB</i>	<i>UB</i>	
						.06*
Mestringsstro-Pre	-.06	.03	-.18	-.37	.02	
Selvfølelse-Pre	-.01	.04	-.02	-.21	.14	
PHQ8-Pre	.01	.01	.06	-.08	.20	
EQ-VAS-Pre	-.00	.00	-.04	-.18	.10	

Notat:, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Notat: Selvmordstanker-diff er en rekodet item bestående av Phq9-item9-pre mins PHQ9-item9-pst.

Notat: Pre = før behandling, Post = etter behandling.

Notat: Konfidensintervallene er rapportert for standardisert beta.

4.7 Hypotese 3

Mottatt behandlingsintervensjon er assosiert med selvmordstanker etter behandling.

4.7.1 Oversikt over tilbud som deltagerne mottok

Tabellen viser til at den største andelen av deltagerne mottok psykoedukasjonskurs (31.5%) etterfulgt av individuell psykoterapi (28.5%), assistert selvhjelp (24.1%), gruppebehandling (12.7%) og flere behandlingstilbud (3.1%).

Tabell 12

Fordeling av behandlingstilbud som deltagerne mottok

	<i>n(%)</i>
Type behandling	
RPH flere behandlingstilbud	28(3.1)
RPH Gruppebehandlingstilbud	114(12.7)
RPH individuell psykoterapi	256(28.5)
RPH Psykoedukasjonskurs	283(31.5)
RPH Assistert selvhjelp	216(24.1)

Notat: $n = 897$.

Notat: RPH flere behandlingstilbud: består av en kombinasjon av de andre behandlingstilbudene: individuell psykoterapi, gruppebehandling, psykoedukasjonskurs og assistert selvhjelp.

Notat: RPH = Rask psykisk helsehjelp.

4.7.2 Korrelasjoner for behandlingsintervensjoner

Tabell 13, 14, 15 og 16 viser sammenhengen mellom studiens variabler (r). Det ble utført en korrelasjon som inkluderer demografiske og psykiske helsevariabler. Disse variablene undersøkte sammenhenger mellom demografiske og psykiske helsevariabler basert på hvilken behandlingsintervensjon deltagerne mottok. Denne tabellen er lagt ved i appendix, se tabell 1C for mer informasjon.

Korrelasjonstabellene som er lagt ved viser til korrelasjoner av klinisk verdi mellom behandlingsintervensjoner og studiens variabler. Det er ikke lagt ved en tabell for intervensjonen *flere behandlinger* grunnet at den ikke hadde korrelasjoner over $r = .10$ med studiens variabler. De korrelasjonene som er lagt ved i tabellene har korrelasjoner med behandlingsintervensjonene over $r = .10$.

Behandlingsintervensjoner korrelerte med hverandre siden behandlingsintervensjonene er dummykodet variabler. Den ene verdien vil derfor representere at deltageren mottok den spesifikke behandlingsintervensjonen, mens den andre verdien vil representere at deltageren mottok en av de andre behandlingsintervensjonene. Korrelasjoner mellom behandlingsintervensjoner vil derfor rapporteres i appendix (se tabell 1D).

Først rapporteres tabell 13 som viser til korrelasjoner for behandlingsintervensjonen assistert selvhjelp. Videre presenteres tabell 14 som viser korrelasjoner for behandlingsintervensjonen gruppebehandling. Deretter tabell 15 som viser korrelasjoner for behandlingsintervensjonen individuell psykoterapi, og til slutt presenteres tabell 16. Denne tabellen består av korrelasjoner til behandlingsintervensjonen psykoedukasjonskurs.

Tabell 13 viser til at for behandlingsintervensjonen assistert selvhjelp var den sterkeste korrelasjonen en svak negativ korrelasjon med selvmordstanker-post vist ved $r(324) = -.15, p = .009$. Der det å motta behandlingsintervensjonen assistert selvhjelp er assosiert med å mindre selvmordstanker etter behandling. Sykemeldt-pre ($r(866) = -.11, p = .002$), PHQ8-Pre ($r(857) = -.12, p = .001$) og WSAS-pre ($r(853) = -.10, p = .003$) er også svakt negativt korrelert med behandlingsintervensjonen assistert selvhjelp. Deltagere som mottok denne behandlingen var assosiert med å ha mindre symptomer på depresjon enn gjennomsnittet før behandling, var assosiert med å være mindre sykemeldt før behandling, og var assosiert med å ha bedre sosial og arbeidsfungering enn gjennomsnittet før behandling. EQ-VAS-pre korrelerte svakt positivt med assistert selvhjelp vist ved $r(851) = .13, p = .001$. Dette viser til en assosiasjon der deltagerne som mottok assistert selvhjelp skåret høyere på helserelatert livskvalitet enn gjennomsnittet.

Tabell 14 viser til at for behandlingsintervensjonen gruppebehandling var selvfølelse-pre svakt positivt korrelert vist ved $r(661) = .11, p = .007$. Deltagerne som mottok gruppebehandling var assosiert med å ha en bedre gjennomsnittlig selvfølelse før behandling. PHQ8-pre er negativt korrelert med gruppebehandling vist ved $r(857) = -.10, p = .003$. Deltagerne som mottok gruppe behandling var assosiert med å ha mindre symptomer på depresjon enn gjennomsnittet før behandling.

Tabell 15 viser at for individuellpsykoterapi korrelerte denne behandlingsintervensjonen svakt negativt med alder ($r(894) = -.10, p = .002$). Der deltagerne som mottok denne behandlingsintervensjonen var assosiert med å ha en lavere alder. Deltagerne som mottok individuell psykoterapi var også assosiert med å være mindre sykemeldt før behandling, vist ved en svak negativ korrelasjon ($r(866) = -.11, p = .001$).

Tabell 16 viser at for psykoedukasjonskurs korrelerte denne behandlingsintervensjonen svakt positivt med alder, vist ved $r(894) = .11, p = .001$. Der deltagerne som mottok denne behandlingsintervensjonen var assosiert med å ha en høyere gjennomsnittlig alder. Deltagerne som mottok psykoedukasjonskurs var også assosiert med å være gjennomsnittlig mer sykemeldt før behandling, vist ved en svak positiv korrelasjon ($r(866) = .16, p = .001$). Psykoedukasjonskurs korrelerte negativt med mestringstro-pre ($r(661) = -.10, p = .015$), der deltagerne som mottok denne behandlingen var assosiert med å ha lavere mestringstro før behandling. PHQ8-pre korrelerte svakt positivt med psykoedukasjonskurs ($r(857) = .16, p = .001$). Der deltagerne som mottok denne behandlingsintervensjonen var assosiert med å ha høyere symptomer på depresjon enn gjennomsnittet. Selvmordstanker-post korrelerte også positivt med psykoedukasjonskurs vist ved ($r(324) = .14, p = .013$). Deltagerne som mottok behandlingsintervensjonen psykoedukasjonskurs var derfor assosiert med å ha gjennomsnittlig høyere grad av selvmordstanker etter endt behandling.

Tabell 13

Oppsummert tabell over korrelasjoner til assistert selvhjelp med variablene utdanning-pre, sykemeldt-pre, mestringsstro-pre, PHQ8-pre, WSAS-pre, EQ.VAS-pre, Selvmordstanker-post.

Variabel	Utdanning- pre	Sykemeldt- pre	Mestringsstro- pre	PHQ8- pre	WSAS- pre	EQ- VAS- pre	Selvordstanker -post
Assistert selvhjelp	.10**	-.11**	.11**	-.12**	-.10**	13.**	-.15**

Notat: ** $p < .01$, * $p < .05$.

Notat: Assistert selvhjelp er dummykodet variabel der 0 = ikke mottatt assistert selvhjelp og 1 = mottatt assistert selvhjelp.

Notat: PHQ8-Pre er kodet til å ekskludere PHQ9 item 9.

Nota: Pre = før behandling.

Tabell 14

Oppsummert tabell over korrelasjoner til gruppe behandling med variablene selvfølelse-pre og PHQ8-pre.

Variabel	Selvfølelse-pre	PHQ8-pre
Gruppebehandling	.11**	-.10**

Notat: *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Notat: Gruppebehandling er dummykodet der 0 = ikke mottatt gruppebehandling og 1 = mottatt gruppebehandling.

Notat: PHQ8-Pre er kodet til å ekskludere PHQ9 item 9.

Nota: Pre = før behandling.

Tabell 15

Oppsummerende over korrelasjonene til individuell psykoterapi med variablene alder og sykemeldt-pre.

Variabel	Alder	Sykemeldt-pre
Individuell psykoterapi	-.10**	-.11**

Notat: ** $p < .01$, * $p < .05$.

Notat: Individuellpsykoterapi er en dummykodet variabel der 0 = ikke mottatt individuell psykoterapi og 1 = mottatt individuell psykoterapi.

Nota: Pre = før behandling.

Tabell 16

Oppsummerende tabell over korrelasjonene til psykoedukasjonskurs med variablene alder, sykemeldt-pre, mestringsstro-pre, PHQ8-pre, og selvmordstanker-post.

Variabel	Alder	Sykemeldt- pre	Mestringsstro- pre	PHQ8- pre	Selvordstanker- post
Psykoedukasjonskurs	.11**	.16**	-.10*	.16**	.14*

Notat: ** $p < .01$, * $p < .05$.

Notat: Psykoedukasjonskurs er dummykodet der 0 = ikke mottatt psykoedukasjonskurs, og 1 = mottatt psykoedukasjonskurs.

Notat: PHQ8-Pre er kodet til å ekskludere PHQ9 item 9.

Nota: Pre = før behandling.

4.7.3 Regresjon behandlingsintervensjoner

Regresjonsmodellen i tabell 17 viser til om den behandlingsintervensjon deltageren mottok er assosiert med selvordstanker etter behandling. Konstantleddet består av kontrollgruppen psykoedukasjonskurs, og viser til at gruppen hadde i et gjennomsnitt på $M = .36$ i selvordstanker etter behandling. $\beta = 0.0$ siden den gjennomsnittlige dataen er blitt skalert til å være null som referansepunkt.

Selvordstanker-post er i denne analysen en ordinal variabel der 0 = ikke i det heletatt, 1 = flere dager, 2 = mer enn halvparten av dagene, og 3 = nesten hver dag.

Regresjonsmodellen med alle prediktorene forklarte 3.4% av variansen til endring av selvordstanker etter behandling, $R^2 = .03$, $F(4) = 2.80$, $p < .026$. Analysen viser til prediktorer med negative svake effektstørrelser. De negative effektstørrelsene viser til at deltagerne i behandlingsintervensjonene hadde mindre selvordstanker etter behandling enn kontrollgruppen (psykoedukasjonskurs).

Gruppebehandling ($\beta = -.07$, 95% $CI = -.19$ til $.07$) og individuell psykoterapi ($\beta = -.09$, 95% $CI = -.25$ til $.05$) hadde standardisert beta koeffisienter under klinisk betydning, og hadde konfidensintervaller over og under null. Dette resultatet gir derfor ingen indikasjon på hvorvidt deltagere som mottok gruppebehandling og individuell psykoterapi hadde mindre selvordstanker etter behandling enn kontrollgruppen.

Assistert selvhjelp var den prediktoren med høyest effektstørrelse i analysen. Effektstørrelsen viser til at assistert selvhjelp er en svak negativ prediktor ($\beta = -.20$, 95% $CI = -.34$ til $-.09$). Der de deltagerne som mottok assistert selvhjelp hadde mindre selvordstanker etter behandling sammenlignet med kontrollgruppen (psykoedukasjonskurs).

Flere behandlinger var også en svak negativ prediktor ($\beta = -.11$, 95% $CI = -.14$ til $-.02$). Deltagerne som mottok behandlingsintervensjonen flere behandlinger hadde også mindre selvordstanker etter behandling sammenlignet med kontrollgruppen (psykoedukasjonskurs).

Selvordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

Tabell 17

Oppsummert regresjonsanalyse med selvmordstanker-post som avhengig variabel og flere behandlinger, assistert selvhjelp, gruppebehandling og individuell psykoterapi som uavhengige variabler.

	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>95% CI</i>		<i>R</i> ²
				<i>LB</i>	<i>UB</i>	
						.03**
Konstantledd	.36**	.07	0.0			
Flere behandlinger	-.26**	.10	-.11*	-.14	-.02	
Assistert selvhjelp	-.28**	.08	-.20*	-.34	-.09	
Gruppebehandling	-.11	.11	-.07	-.19	.07	
Individuell psykoterapi	-.11	.10	-.09	-.23	.05	

*Notat, ** $p < .01$, * $p < .05$.*

Notat: Konstantledd består av gjennomsnittet til psykoedukasjonskurs. Konstantleddet er derfor kontrollgruppen i analysen.

Notat: Flere behandlinger er dummykodet der 0 = ikke mottatt flere behandlinger, og 1 = mottatt flere behandlinger.

Notat: Assistert selvhjelp er dummykodet variabel der 0 = ikke mottatt assistert selvhjelp og 1 = mottatt assistert selvhjelp.

Notat: Gruppebehandling er dummykodet variabel der 0 = ikke mottatt gruppebehandling og 1 = mottatt gruppebehandling.

Notat: Individuell psykoterapi er dummykodet variabel der 0 = ikke mottatt individuell psykoterapi og 1 = mottatt individuell psykoterapi.

4.8 Analyse av deltagerne som frafalt studien

Det ble utført en uavhengig t-test for å undersøke hvilke deltagere som ikke svarte på etter behandling spørreskjemaet. Deltagerne ble delt inn i to grupper basert på om deltageren hadde svart på PHQ9-item9-Post (selvmordstanker) etter behandling eller ikke. Totalt hadde 36.1% ($N = 324$) svart på dette itemet etter behandling, mens 63.9% ($N = 573$) responderte ikke på dette itemet etter behandling.

Først ble det utført en t-test basert på demografiske variablene alder, kjønn, sivilstatus, inntekt og sykemelding. T-testen undersøker også de psykiske helsevariablene mestringsstro-pre, selvfølelse-pre, selvmordstanker-pre, PHQ8-pre (item-9-PHQ9 er ekskludert), GAD7-

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

pre, WSAS-pre og EQ-VAS-pre. Se appendix tabell 1E for mer informasjon om disse variablene.

Resultatene fra denne analysen viser til at det ikke er tegn på bias basert på variablene kjønn, sivilstatus, utdanning, inntekt, sykemeldt-pre, mestringstro-pre, selvfølelse-pre, PHQ8-pre, GAD7-pre, WSAS-pre og EQ-VAS-pre. Disse variablene hadde konfidensintervaller over og under 0, og hadde effektstørrelser under $d = .10$.

Basert på disse resultatene ble det utført en ny t-test der kun variabelen alder ble inkludert i analysen. Resultatet presenteres i tabell 19.

T-testen fant forskjeller i utvalget basert på den demografiske variabelen alder vist ved $d = -.31$, 95% CI = $-.44$ til $-.17$. Alder hadde en svak negativ effekt, der deltagerne som ikke responderte på PHQ9-item9-post hadde gjennomsnittlig en lavere alder ($n = 570$, $M = 32.81$, $SD = 10.93$) enn de deltagerne som svarte på selvmordstanker etter behandling ($n = 324$, $M = 36.30$, $SD = 12.25$).

Tabell 18

Oppsumert t-test over utvalget som har respondert på PHQ9-item9-post, sammenlignet med de deltagerne som ikke har respondert på PHQ9-item9-post. Basert på demografiske karakteristikk, og psykisk helsestatus før behandling.

	N	Fullført post	Ikke fullført post		p	d	95% CI	
		M (SD)	N	M (SD)			LB	UB
Alder	324	36.30 (12.25)	570	32.81 (10.93)	.001	-.31	-.44	-.17

Notat: avhengig variabel er PHQ9-Item9-Post, som er dummykodet der 0 = de som har respondert på itemet, og 1 = de som ikke har respondert på itemet.

Notat: PHQ9Pre er kodet til å ekskludere PHQ9-item9.

Notat: Post = etter behandling, Pre = før behandling.

5. Diskusjon

5.1 Disposisjon av diskusjon

I dette kapitlet vil jeg først gi en kort oppsummering av funn og en beskrivelse av om problemstillingen og hypotesene bekrefte eller avkreftes. I diskusjonen vil problemstillingen og hypotesene bli belyst ved en diskusjon av resultatene. Diskusjon av resultatene presenteres i lys av eksisterende litteratur, og presenteres etter rekkefølgen til hypotesene. Deretter presenteres resultater fra analysen av frafall av deltagere, med en diskusjon om mulige forklaringer til hvorfor deltagere har falt fra i løpet av studiet. Etter dette presenteres begrensninger ved studiet, anbefalinger til videre forskning og praktiske implikasjoner. Til slutt presenteres en konklusjon med studiets funn.

5.2 Studiets funn

Problemstillingen har til formål å undersøke om det eksisterer selvmordstanker blant pasienter som mottar behandling på Rask psykisk helsehjelp i Trondheim kommune. Den første hypotesen som ble testet hevdet at det finnes selvmordstanker hos deltagere som mottar behandling på Rask psykisk helsehjelp. De deskriptive analysene støttet problemstillingen og hypotese 1. Analysen viste til at det eksisterer selvmordstanker hos pasienter på Rask psykisk helsehjelp før oppstart av behandling og etter behandling.

Den andre hypotesen hevdet at psykisk helsestatus før behandling er av betydning for endring av selvmordstanker fra før behandling til etter behandling. Regresjonsanalysen viste til prediktorer med svake effektstørrelse med konfidens intervaller over og under null. Analysene avkrefter hypotese 2 og viste til at psykisk helsekarakteristikk ikke er assosiert med en endring av selvmordstanker.

Den tredje hypotesen hevdet at mottatt behandlingsintervensjon er assosiert med selvmordstanker etter behandling. Hypotese 3 bekrefte ved at regresjonsanalysen viste til at deltagere som mottok behandlingsintervensjonene «assistert selvhjelp» og «flere behandlinger» hadde i gjennomsnitt mindre selvmordstanker etter endt behandling enn de deltagerne som var i kontrollgruppen som mottok «psykoedukasjonskurs».

5.3 Eksisterer det selvmordstanker på Rask psykisk helsehjelp?

Funnet viste til at det eksisterer selvmordstanker på Rask psykisk helsehjelp i Trondheim kommune. Før behandling var det 32.7% som hadde selvmordstanker og 67.3% oppga at de ikke hadde selvmordstanker. Etter behandling var det 18.8% av utvalget som oppga at de hadde selvmordstanker og 81.2% av utvalget oppga at de ikke hadde

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

selv mordstanker etter endt behandling. Det er viktig å bemerke det er et stort frafall i utvalget etter behandling, noe som gjør at det ikke er mulig å sammenligne prosentene av de som har svar at de hadde selv mordstanker før behandling til etter behandling.

Den rapporterte selv mordstankeraten i dette studiet er forskjellig fra de ratene som er funnet i tidligere studier. Dette funnet er ikke overraskende siden tidligere studier har primært undersøkt psykiatriske pasienter og generell livstidsprevalens av selv mordstanker (Christensen et al., 2024; Ose et al., 2021; Vera-Varela et al., 2022; Nock et al., 2008; Que et al., 2019 og Knudsen et al., 2021). Det er grunn til å anta at forskjellige målgrupper og undersøkelsesmetoder vil rapportere ulike rater på selv mordstanker (Vera-Varela et al., 2022).

En annen antagelse til høyere rapporterte selv mordstanker på Rask psykisk helsehjelp enn den generelle norske befolkningen (3.1-4.1%) handler om at Rask psykisk helsehjelp er et tilbud for den delen av befolkningen som har uttalte psykiske vansker (NAPHA, 2022; Knudsen et al., 2021). Der Helsedirektoratet (2017) har vist til at individer med selv mordstanker kan få behandling på Rask psykisk helsehjelp så lenge problematikken ikke er for alvorlig eller for kompleks. Personer som har selv mordstanker, kan derfor anse Rask psykisk helsehjelp som et passende tilbud der det er mulig å få hjelp til å redusere selv mordstankene.

En mulig forklaring for hvorfor det er rapportert høyere selv mordstankerate i poliklinisk behandling (57% og 72.8%) omhandler at selv mordstanker er assosiert psykologiske symptomer (Goldney et al., 2001; Vera-Varela et al., 2022; Christensen et al., 2024). En hovedforskjell mellom polikliniske pasienter og pasienter på Rask psykisk helsehjelp er at polikliniske pasienter er organisert under spesialisthelsetjenesten mens Rask psykisk helsehjelp er organisert som ett førstelinje helsetilbud i kommunehelsetjenesten. Forskjellen mellom organisering i spesialisthelsetjenesten og førstelinje kommunalhelsetjeneste er alvorlighetsgraden og kompleksiteten til symptomene individet opplever (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Pasienter i spesialisthelsetjenesten kategoriseres som pasienter med moderate til alvorlige psykiske vansker, mens pasienter i førstelinje helsetjenesten kategoriseres som pasienter med milde til moderate psykiske vansker (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Flere symptomer og høyere symptom uttrykk kan vise til at individet har vanskeligheter med å håndtere hverdagen (Arvidsdotter et al., 2015; Chamberlain et al., 2009; O'Connor et al., 2012). Dette kan øke individets oppfattelse av håpløshet, å være en byrde, føre til mindre tilhørighet og føre til selv mordstanker (Rainbow et al., 2021; Ballard et al., 2014).

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

En annen mulig forklaring til hvorfor det er rapportert mer selvmordstanker i studier som undersøker poliklinisk behandling omhandler diagnostisering. Rask psykisk helsehjelp tilbyr ikke utredning og diagnoser til sine pasienter, noe som foregår i poliklinisk behandling (Helse og omsorgsdepartementet, 2023; NAPHA., 2022). Stigmaet som en diagnose medfører kan være en mulig forklaring til mer selvmordstanker hos polikliniske pasienter (Olexe et al., 2015). For eksempel viste studiet til Olexe et al. (2015) at pasienter som fikk en diagnose hadde mer selvmordstanker enn pasienter uten en diagnose, selv om pasientene hadde samme symptomuttrykk. Olexe et al. (2015) forklarer funnet med at pasienters sosiale atferd ble påvirket av å få en diagnose. Der diagnose førte til mer hemmeligholding av psykiske vansker, noe som førte til mer håpløshet og sosial isolering. Eksempelet støtter teorien om disposisjonisme og viser til hvordan kontekst, sosiokulturelle forhold og holdninger kan påvirke atferd og være av betydning for selvmordstanker.

5.3.1 Hvem hadde selvmordstanker før behandling?

Analysen viste til at selvmordstanker før behandling var assosiert med lavere helserelatert livskvalitet, lavere arbeid og sosial fungering, lavere selvfølelse, lavere mestringstro, høyere symptomer på angst og depresjon. Resultatet stemmer overens med tidligere studier (Christensen et al., 2024; Goldney et al., 2001; Piscopo et al., 2015; Bentley et al. 2015; Benson et al., 2021; Kobayashi et al., 2015; Trung et al., 2025). At selvmordstanker er assosiert med psykiske vansker er derfor ikke et overraskende funn.

En mulig forklaring til funnet er at de individene som har mer symptomer på psykiske vansker opplever et psykisk ubehag (LeMoult et al., 2021; Barlow et al., 2014). Et psykisk ubehag beskriver en emosjonell stressende tilstand som skaper vanskeligheter med å håndtere hverdagslivet (Arvidsdotter et al., 2015). I følge three step theory kan psykologisk smerte ansees som en form for straff, og dersom individet ikke ser en ende på den smertefulle tilværelsen (håpløshet), kan fokuset rettes mot tanker om døden (Klonsky & May, 2015). Denne forklaringen viser til hvordan selvmordstanker kan være en strategi for å flykte fra sterke emosjoner (Briere et al., 2010; Bryan et al., 2013).

Imidlertid hevder Hjelmeland (2022) at det kan være misvisende å koble selvmordstanker til spesifikke risikofaktorer som angst og/eller depresjon. Variablene i dette studiet er begrenset til noen faktorer og kan ikke utelukke andre faktorer kan bidra til selvmordstankene. En annen tolkning av studiets resultater kan derfor være at det er flere symptomer som opererer som disposisjoner som interagerer med hverandre som fører til selvmordstankene (Rocca & Anjum, 2020). Der forhold i livskonteksten også spiller en rolle

Selvordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

(Hjelmeland, 2022). For eksempel viste korrelasjonsanalysen til at deltagerne som hadde selvordstanker før behandling hadde lavere alder, lavere utdanning og lavere inntekt. En forklaring kan derfor være at individer med selvordstanker på Rask psykisk helsehjelp befinner seg i en mer ustabil livskontekst, som medfører disposisjoner til psykiske vansker som angst, depresjon, lavere selvfølelse med mer.. Disse disposisjonene interagerer med hverandre og når de manifesterer seg kan dette medføre en utvikling av selvordstanker. Funnet indikerer at det er flere faktorer forbundet med selvordstanker. Dette bekrefter at selvordstanker er et komplekst fenomen å studere, der helheten av forståelsen til individet som opplever selvordstankene er sentralt. Å undersøke sammenhengene hver for seg kan være en forenkling av de faktiske forholdene (Rocca & Anjum, 2020; Nock et al., 2009).

5.4 Førte behandlingen til en endring av selvordstanker?

Analysen viste til at majoriteten av deltagere som oppga respons på selvordstanker før behandling og etter behandling hadde ingen endring i selvordstanker (72.7%). Videre indikerer analysen at deltagerne i behandling på Rask psykisk helsehjelp hadde en endring av selvordstanker for 27.2% av utvalget. Endringen var i en positiv retning ved å redusere selvordstanker, men også i en negativ retning ved å øke selvordstanker. Av de som oppga en endring av selvordstanker fra før behandling til etter behandling var det flere som oppga en reduksjon (21.3%) enn en forverring (5.9%). Det er imidlertid viktig å tolke resultatet med varsomhet da tallene er usikre. Det er et stort frafall av deltagerne som ikke har respondert etter behandling noe som gjør at det er manglende representativitet (Field, 2018).

I tillegg kan det være en feilslutning å tolke at det er behandlingen på Rask psykisk helsehjelp som fører til endringen av selvordstanker. Det eksisterer flere utenforliggende faktorer som kan ha forårsaket endringen til selvordstanker som denne studien ikke kontrollerer for. For eksempel faktorer som endringer i livskonteksten til individet (Hjelmeland, 2022), endring forårsaket av tid og at selvordstanker er et fluktuerende fenomen (Ammermann & Law, 2022).

Dette studiet har noen likhetstrekk med studiet til Christensen et al. (2024). Studiet undersøkte polikliniske pasienter på et distriktpsyrkiatrisk sykehus i Trondheim, og fant at 7.4% hadde en forverring av selvordstanker. Disse tallene kan sammenlignes med en forverring hos 5.9% av deltagerne på Rask psykisk helsehjelp. Av de pasientene som rapporterte selvordstanker før behandling (57%) var det 38.8% prosent som fremdeles rapporterte selvordstanker etter behandling. Majoriteten av pasientene i studiet til Christensen et al. (2024) viste dermed til ingen endring, men med flere som rapporterte en

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

reduksjon en forverring. Resultatet kan derfor antyde at behandlingen på Rask psykisk helsehjelp kan ha lignende behandlingseffekter for sin målgruppe som for pasienter som mottar poliklinisk behandling i Trondheim. Imidlertid er ikke dette forholdet undersøkt direkte og det er behov for videre forskning for å danne en slik konklusjon.

Det er også viktig å påpeke at behandlingen som pasientene mottar på Rask psykisk helsehjelp kan være til skade. 5.9% av deltagerne opplevde en forverring av symptomer og 72.7% opplevde ingen endring. Skadelig psykoterapi er ikke bare ansett som en forverring av symptomer, men kan også ansees som manglende forbedring (Berk & Parker, 2009). Ingen endring kan både tolkes positivt og negativt. Ingen endring kan bety at selvmordstankene er vedvarende, men kan også bety at en deltager ikke har hatt selvmordstanker i det heletatt. Uavhengig av dette demonstrer funnet at noen har et negativt utfall etter behandling og kan ta skade. Et viktig element som er fremhevet i evidensbasert praksis for å redusere skadelige behandlingseffekter er klient terapeutrelasjonen (APA, 2006). Det å ha en god terapeutisk relasjon er essensielt for felles forståelse, samarbeid, allianse, motivasjon, felles terapeutiske mål og tillit (Martin et al., 2000). Ved indikasjon av selvmordstanker kan det derfor være essensielt at behandleren jobber aktivt med klient terapeutrelasjonen.

5.4.1 Har psykisk helsestatus før behandling betydning for endring av selvmordstanker?

Analysen viste til at ingen av prediktorene som undersøkte psykisk helsestatus hadde en betydning for endring av selvmordstanker fra før behandling til etter behandling. Regresjonsmodellen hadde en lav effektstørrelse på $r = .06$. Funnet viste dermed til at psykiske helsevariabler forklarer liten av variansen til selvmordstanker etter behandling. Resultatet antyder at det er andre forhold som ikke er undersøkt som har betydning for endring av selvmordstanker fra før behandling til etter behandling. Teorien om disposisjonalismen viser til at konteksten til individet kan spille en sentral rolle for utvikling av selvmordstanker (Rocca & Anjum, 2020). En forklaring kan derfor være at kontekstuelle forhold slik som livskrise, økonomi, sosiale forhold med mer er av betydning for utvikling av selvmordstanker (Hjelmeland, 2022; WHO, 2025).

Funnet er forholdsvis overraskende siden tidligere studier har funnet at selvmordstanker er assosiert med en rekke psykisk helsekarakteristikker (Anderson et al., 2022; Kessler et al., 1999; Nock et al., 2009; Piscopo et al., 2015; Keilp et al., 2012; Ballard et al., 2014; Naidoo & Collings, 2017; Oset et al., 2021; Bently et al., 2016). I dette studiet har tidligere analyser funnet assosiasjoner mellom selvmordstanker og psykisk helsestatus før behandling. At dette ikke er tilfellet for endring av selvmordstanker fra før behandling til etter

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

behandling kan handle om bias i dataen, for eksempel var det et høyt frafall av deltagere etter behandling som kan ha påvirket utfallet (Field, 2018).

Tidligere studier har funnet at psykisk helsestatus kan være av betydning for behandlingsresponser (Bloomfield-Clagett et al., 2022; Alexopoulos et al., 2021). For eksempel er det funnet at anhedoni (manglende glede og lyst), håpløshet, nevrotisisme og lav generell mestringstro er symptomer som er forbundet med at selvmordstanker vedvarer etter behandling (Bloomfield-Clagett et al., 2022; Alexopoulos et al., 2021). En forklaring til at dette studiet ikke har funnet det samme som disse tidligere studiene kan være at det er forskjellige utvalgspopulasjoner. Der studien til Bloomfield-Clagett et al. (2022) undersøkte deltagere som hadde alvorlig depresjon, mens Alexopoulos et al. (2021) undersøkte en eldre befolkning som hadde blitt diagnostisert med depresjon. I studiene hadde deltagerne mer alvorlige symptomer på depresjon, og andre symptomuttrykk enn deltagerne på Rask psykisk helsehjelp. Studiene benytter også andre måleinstrumenter og andre forskningsdesign enn dette studiet. Å predikere hvem som får utbytte av behandling er en utfordring, hvor det kan ha vært en rekke utenforliggende effekter som dette studiet ikke undersøker som kan ha påvirket studiens resultater. Selvmordstanker har tidligere vist seg å variere bredt i ulike settinger, populasjoner og definisjoner (Lee et al., 2010).

En annen forklaring kan handle om at det heller er spesifikke symptomer som kan ha større betydning for selvmordstanker enn alvorlighetsgraden til psykiske vansker (Kelip et al., 2017). Håpløshet, manglende glede og lyst (anhedoni) er spesifikke symptomer på depresjon (LeMoult et al., 2021). En forklaring til hvorfor det ikke er funnet en assosiasjon kan derfor handle om at dette studiet benytter screeningsverktøy som gir en total skåre på psykiske vansker, og ikke undersøker sammenhengen mellom spesifikke symptomer. I klinisk praksis kan det derfor være mer betydningsfullt å utforske spesifikke symptomer slik som manglende glede, håpløshet, reduserte forventninger om fremtiden, opplevelsen av å være en byrde, sosial isolasjon osv. (Rainbow et al., 2021; MacLeod et al., 2005; Chang et al., 2011). At klinikeren utforsker tankesettet til individet kan skape et grunnlag for forståelsen bak meningen til selvmordstankene, og hva tankene representerer.

5.5 Hvilke assosiasjoner hadde behandlingsintervensjonene med selvmordstanker etter behandling?

Regresjonsanalysen indikerte at det er forskjeller i reduksjon av selvmordstanker etter behandling ved de ulike behandlingsintervensjonene. Behandlingsintervensjonene «flere behandlinger» og «assister selvhjelp» var assosiert med at deltagerne hadde mindre

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

selv mordstanker etter behandling enn kontrollgruppen psykoedukasjonskurs. Det er imidlertid viktig å tolke resultatet med varsomhet siden effektstørrelsen var svake og det var forskjeller i utvalgsstørrelser mellom de forskjellige behandlingsintervensjonene. Det kan ha vært skjevheter i de gruppene som hadde mindre størrelse, der ekstreme verdier i større grad kan påvirke gruppens gjennomsnitt enn de behandlingsintervensjonene som hadde større utvalgsstørrelse (Field, 2018).

En mulig forklaring til hvorfor deltagerne som mottok «assistert selvhjelp» og «flere behandlinger» hadde mindre selv mordstanker etter behandling enn kontrollgruppen kan handle om at få eller ingen av deltagerne hadde selv mordstanker før behandling. En annen mulig forklaring kan handle om at deltagerne har andre egenskaper enn deltagerne i kontrollgruppen psykoedukasjonskurs. Korrelasjonsanalysen viste til forskjellige demografiske og psykisk helsekarakteristikker mellom intervensjonene. Det er forventet at det er forskjellige karakteristikker ved de forskjellige behandlingsintervensjonene basert på at behandlingsintervensjonen skal tilpasses etter pasientens behov (NAPHA, 2022). For eksempel kreves det mer selvstendig arbeid ved behandlingsintervensjonen «assistert selvhjelp» enn ved «individuell psykoterapi». En mulighet er derfor at det er interaksjonseffekter basert på at det er forskjellige egenskaper som blir allokert i de forskjellige behandlingsintervensjonene (Field, 2018).

Andre studier har imidlertid funnet at internettbasert kognitiv atferdsterapi kan redusere selv mordstanker (Watts et al., 2013; Christensen et al., 2013; Spijker et al., 2014). Litteraturen viser til at individer med selv mordstanker kan unngå behandling for å unngå holdninger, stigma og skam (Caprinello & Pinna, 2017). Internettbasert behandling har derfor blitt foreslått som en behandlingstilnærming som reduserer holdninger og skam, og kan være et alternativ for pasienter som ikke ville ha møtt opp til en ansikt-til-ansikt-behandling (Spijker et al., 2014). En forklaring til hvorfor det er mindre selv mordstanker hos pasienter som mottar «assistert selvhjelp» kan handler om allianse og målrettet behandling. Pasienten er delaktig i utvelgelse og tilpasning av behandlingen. Dette kan ha styrket relasjonen mellom kliniker og pasient, samtidig som behandlingen reduserer stigma.

Pasientene som mottok behandlingsintervensjonen «flere behandlinger» har fått tilbud om en kombinasjon av behandlingsintervensjonene: psykoedukasjonskurs, assistert selvhjelp, gruppebehandling og individuell psykoterapi. Det er uvisst hvilken kombinasjon av behandlingsintervensjonene deltagerne har mottatt, siden studiet ikke undersøker dette forholdet. En antagelse om hvorfor deltagere i dette tilbudet har mindre selv mordstanker etter

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

behandling enn kontrollgruppen kan handle om at tilbudet er mer fleksibelt og individuelt tilpasset til den enkelte (NAPHA, 2022). Deltagerne som mottok denne behandlingsintervensjonen, kan ha fått tettere oppfølging noe som kan ha styrket den terapeutiske alliansen i behandlingsforløpet.

Ved psykoedukasjonskurs er det fra 8-40 deltagere og ingen krav til aktiv deltagelse (NAPHA, 2022). Ifølge Bordin (1987) krever allianse en aktiv deltagelse fra både pasienten og terapeuten. En forklaring til hvorfor det er mindre selvmordstanker etter behandling på «assistert selvhjelp» og «flere behandlinger» kan være at disse behandlingsintervensjonene krever aktiv deltagelse fra både kliniker og pasient. Behandlingene kan derfor være mer tilpasset til å skape en terapeutisk allianse. Pasientene kan ha en opplevelse av innvirkning over eget behandlingsforløp, bli lyttet til, og at deres problemer har blitt tatt på alvor. Østli (2018) har vist til at klinikere som aktivt lytter til pasienten kan redusere suicidalitet. At pasienter som mottar psykoedukasjonskurs ikke forteller om deres psykiske vansker til klinikerne, kan derfor føre til en manglende forståelse og håpløshet. Dette kan være en mulig forklaring til hvorfor det var mer selvmordstanker hos pasienter som mottok psykoedukasjonskurs etter behandling. Derimot kan behandlingsforløpene «assistert selvhjelp» og «flere behandlinger» være behandlingstilbud som fasiliteterer for en styrket relasjonen i behandlingen, der pasienten opplever å bli lyttet til og ivaretatt.

5.6 Frafall av deltagere fra før behandling til etter behandling

Analysen viste til at en stor andel som svarte på itemet om selvmordstanker (PHQ9-item9) før behandling ikke responderte på itemet etter behandling. Det var totalt 63.9% av deltagerne som hadde frafalt i løpet av studien. Høye frafallsrater kan føre til statistiske skjevheter og gjøre at analysene mangler statistisk styrke (Kristman et al., 2003). Dette studiet har høyere frafallsrater enn hva tidligere litteratur har foreslått som akseptable (Altman, 2000). Babbie (1973) har foreslått en oppfølgings rate på 50% som adekvat, 60% som bra, og 70% som veldig bra. Imidlertid har andre foreslått at 80% oppfølgingsrate burde bli brukt som det minimum aksepterte ved oppfølging (Altman, 2000). Dette studiets oppfølgingsrate er på 36.1%, og det er derfor grunn til å anta at det er statistiske skjevheter i dataen. Dette er også bekreftet i MCAR-testen som viste til at det er systematiske frafall i studien.

Frafall kan svekke generaliserbarheten til funnene dersom deltagere som forblir i studiet er forskjellige fra de som faller fra (Gustavson et al., 2012). Det er derfor blitt utført en analyse for å undersøke om det er forskjeller i populasjonen som faller fra studien med de som forblir. Analysen har til formål å bevisstgjøre forhold som er assosiert med manglende

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

responser, og hvordan disse faktorene kan påvirke studiets resultater. Analysen av frafall ble utført ved bruk av en uavhengig t-test der deltagerne ble delt inn i to grupper basert på om de hadde svart på PHQ9-item9 etter behandling eller ikke. I den uavhengige t-testen var det kun en karakteristikk som hadde en effektstørrelse av klinisk betydning. Karakteristikken alder hadde en svak effektstørrelse, der analysen viste til at de som fullførte post behandlingsmålingen var i gjennomsnitt 3.49 år eldre enn de som ikke fullførte post behandlingsmålet.

Tidligere studier har vist til at yngre og eldre deltagere har en tendens til å falle fra studier (Brilleman et al., 2010; Delgadillo et al., 2013). Der yngre deltagere har en tendens til å falle fra studier grunnet en mer ustabil livssituasjon, hvor livsforhold kan påvirke deltageren til å ikke fullføre studiet (Delgadillo et al., 2013). Deltagerne som falt fra studiet kan også ha hatt lavere forpliktelse, og/eller lavere motivasjon til å gjennomføre studien. Resultatet i dette studiet viste imidlertid ikke til store gjennomsnittlige forskjeller, og effektstørrelsen var lav.

En annen antagelse er at de som har frafalt studien ved etter behandlingsmål kan ha frafalt behandlingen, noe som er en vanlig årsaksforklaring ved kohortstudier (Hogan et al., 2004). En annen mulig forklaring til frafallet kan være at de med selvmordstanker etter behandling ikke har respondert. Der tidligere studier har vist til at høyere psykologisk ubehag kan predikere frafall hos pasienter i poliklinisk behandling (Fischer et al., 2001). Dette kan også være tilfellet hos pasienter som mottar behandling på Rask psykisk helsehjelp. Analysen av den uavhengige t-testen i hypotese 1 (se appendix tabbel 1A) viste til at de som hadde selvmordstanker før behandling hadde en gjennomsnittsalder på 32.20 år ($n = 280$) som er nært aldersgjennomsnittet til de som droppet ut av behandlingen. En antagelse kan derfor være at de som ikke fullførte studien hadde selvmordstanker før behandling. Dette forholdet ble imidlertid undersøkt i den uavhengige t-testen ved frafalls analysen. Selvmordstanker før behandling hadde en effektstørrelse på $d = .02$ med konfidensintervaller over og under null. Andre psykiske helsevariabler eller demografiske karakteristikk hadde tilsvarende lave effektstørrelser, og konfidensintervaller over og under null. Det kan derfor ikke konkluderes med at de som frafalt studien hadde høyere symptomuttrykk eller høyere grad av selvmordstanker, enn de som gjennomførte studien før behandling.

Årsaken til den høye frafallsraten er derfor ukjent, og det kan ha vært andre omstendigheter som dette studiet ikke undersøker som kan være grunnet de høye ratene. Manglende oppfølging etter behandling kan ha hatt betydning for det høye frafallet, der

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

tidligere forskning har vist til at kontakt med deltagerne kan være viktig for å begrense frafalls rater (Hill et al., 2015).

Frafall og manglende data er et viktig problem i kohortdesign, og på tross av forskningsmetoder som håndterer frafall er det ingen metode som er fleksible nok til å håndtere alle tilfeller av frafall (Hogan et al., 2004). En svakhet er derfor at de analysene som er benyttet for å håndtere frafall ikke har avdekt årsaken til hvorfor deltagerne faller fra. Den ukjente årsaken til høy grad av frafall kan ha hatt påvirkning på analysene i studiet, og begrenser validiteten til resultatene (Hogan et al., 2004). Dette studiet kan derfor ikke konkludere med at studiet har målt nøyaktig det studiet ønsker å måle.

5.7 Styrker og begrensinger

Denne studien har flere styrker og begrensinger, hvor det er hensiktsmessig å belyse begge sider for videre forskning. For å begrense diskusjonen belyses disse temaene: bias (skjevheter) i studien, måleinstrumentet for selvmordstanker og metodiske utfordringer.

Bias: En styrke ved denne studien er en stor utvalgsstørrelse. Dette gjør det mulig å unngå type 1-feil, ved at dataen kan antas å være mer representativ noe som svekker effekten til ekstremer og tilfeldige feil i dataen (Field, 2018). Imidlertid kan større utvalgsstørrelser føre til at forskjeller uten verdi blir signifikante (Ashton, 2013). I funnet er det flere svake effekter noe som tilsier at funnene bør tolkes med varsomhet.

En annen utfordring er at selvmordstanker er et komplekst fenomen, der det kan være en rekke utenforstående faktorer som dette studiet ikke har kontrollert for som kan ha påvirket resultatene. Funn som er av klinisk betydning kan være av ikke lenger klinisk betydning dersom en kontrollerer for flere forhold. Dette er funnet i tidligere studier som undersøkt suicidalitet (Nock et al., 2009; Vickers et al., 2004).

Utvalgsstørrelsen ble også redusert ved post målinger der det var en 63.9% frafalls rate fra studien. Frafallbias kan ha påvirket studien ved at det er andre egenskaper hos de deltagerne som faller fra i forhold til de som forblir. Dette kan også være tilfellet for de som har valgt å besvare screeningsverktøyene og godtatt at svarene blir benyttet i forskningsprosjektet. Interaksjonseffekter kan ha vært til stede ved seleksjonsbias fra studiets begynnelse (Meltzoff & Cooper, 2018). I tillegg hadde behandlingsintervensjonen «flere behandlinger» en liten utvalgsstørrelse, der ekstremverdier ha påvirket dataen (Field, 2018).

En annen svakhet ved studien er at spørreskjemaet er basert på selvrapportering på et sensitivt tema. Selvmordstanker er et sensitivt tema der enkelte kan velge å ikke oppgi selvmordstanker basert på holdninger fra offentligheten og selv-stigma (Caprinello & Pinna,

Selvordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

2017; Oexle et al., 2016). Sosialønskelighets bias kan derfor ha påvirket responsene (Krumpal, 2013; Tourangeau & Yan, 2007). Teorien om sosialønskelighet viser til at det har vært hensiktsmessig å tilpasse atferd og meningene etter andre for å forbli inkludert i det sosiale fellesskapet. Dette gjør at respondenter ønsker å fremstille seg så godt som mulig og underrapporterer ofte atferder som ses på som negative av andre (Tourangeau & Yan, 2007). Det er derfor en styrke at spørreskjemaet har foregått ved selvrapportert spørreskjema, som kan redusere selv-stigma og sosialønskelighet (Vara-Varela et al., 2022).

Måleinstrument for selvmordstanker: Hvordan selvmordstanker er operasjonalisert i undersøkelse er av vesentlig betydning for hvordan fenomenet studeres, da tidligere litteratur har vist til at det finnes forskjellige definisjoner og operasjonaliseringer av selvmordstanker (Harmer, 2024; Liu et al., 2020; Wenzel et al., 2009; House et al., 2020; Nock et al., 2008). Denne studien definerer selvmordstanker som «har du hatt tanker om at du ville hatt det bedre dersom du var død eller å skadet seg selv på et eller annet vis», PHQ9-item9 definisjonen.

En styrke ved å benytte seg av PHQ9-item9 definisjonen er at itemet har vist seg å være en nyttig markør for selvmordstanker og kan benyttes i en klinisk sammenheng for å identifisere psykisk helsebehov (Bauer et al., 2012). Selv om PHQ9-item9 har vist seg å være et reliabelt screeningverktøy for selvmordstanker i klinisk praktisk, måler itemet selvmordstanker på en firepunkts skala. Dette gjør at målepunktene har begrenset sensitivitet til endring under behandlingsperioden (DeVellis & Thorpe, 2022). Måleinstrumentet er begrenset ved at det benytter seg av gjennomsnittlige nivåer av selvmordstanker før og etter behandling. Studiet kan derfor ikke si noe om selvmordstanker underveis i behandlingsintervensjonen, og instrumentet kontrollerer ikke for den fluktuerende funksjonen til selvmordstanker (Ammerman & Law., 2022).

Andre begrensinger ved måleinstrumentet er at det fremstår homogent og gir lite informasjon om hva tankene består av, intensitet og tankenes intensjon (Reeves et al., 2022). Itemet fremstår også tvetydig ved å inneholde både «tanker om døden» og «tanker om å skade seg selv». Tvetydeligheten fører til at studiet måler to konsepter og begrenser overflatevaliditeten i studiet.

En alternativ måte å måle selvmordstanker på er ved bruk av en tilnærming med hyppige måle uttrekk/intensive time sampling (ITS). Denne metoden har økt validitet, ved at deltagerne kan skrive daglig dagbok noe som fanger korttids- og ikke-lineare endringer (Ammerman & Law., 2022). ITS kan oppdage selvmordstanker daglig og timevis, noe som

Selvordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

gjør det mulig å undersøke den fluktuerende funksjonen til selvordstanker. Imidlertid er dette en tilnærming som er kostbart, tidstagende og kan være krevende for både deltagere og forskere.

Et annet alternativ måleinstrument er Becks skala for selvordstanker (BSS). BSS er et selvrapportert instrument for å identifisere og måle selvordstanker blant ungdommer og voksne (Beck & Steer, 1991). Instrumentet består av 21 klustre med påstander fra 0 til 2, der totalskåren rangerer fra 0 til 38 (Erford et al., 2017). Administrering tar 5 til 10 minutter, og deltagere kan administrere skjemaet selv eller med hjelp av en forsker/kliniker.

Måleinstrumentet tillater en nyansert vurdering av selvordstanker og er sensitiv til endring (Erford et al., 2017). Administrering med en klinikers vurdering av selvordstankene kan også øke spesifiteten på målingen. Imidlertid kan en vurdering i en ansikt-til-ansikt-setting redusere villigheten til deltagerne å rapportere selvordstanker (Vera-Varela et al., 2022).

Metodiske utfordringer: Denne studien er en kohortstudie med observasjonell data basert på et retrospektivt design. Resultatet kan gi informasjon om hvorvidt faktorer er assosiert med selvordstanker og hvor sterke assosiasjonene er. Retrospektive studier kan være mer utsatt for bias og forkludrende variabler (Mann, 2003). Det kan derfor være utenforliggende faktorer som forårsaker effektene assosiert med selvordstanker, som studien ikke har kontrollert for. En begrensning ved studiet er derfor at forskningsdesignet gjør at det ikke er mulig å trekke noen slutninger om årsaksforhold til selvordstanker (Arjas & Eerola, 1993). Et eksempel på en forkludrende variabel kan for eksempel være antall behandlingstimer deltageren mottok. Der dette studiet ikke har informasjon om mengden behandling gitt til hver pasient, noe som kan ha vært en faktor som påvirker selvordstanker.

Enn annen utfordring er at studiet baserer seg på to tidspunkter i tid, før og etter behandling. Få målinger gir et mindre presist bilde av hvordan selvordstanker endrer seg over tid (Ammermann & Law, 2022). I tillegg er det anbefalt å ha oppfølgingsdata ved flere målepunkter etter behandling, for å undersøke varigheten til behandlingseffekter og om behandlingseffekter er forsinket (Smith et al., 2022). Imidlertid kan ikke dette studiet vise til slike effekter på grunn av manglende data.

5.8 Anbefaling til videre forskning

Dette studiet er en observasjonell kohortstudie basert på et retrospektivt design. I seksjonen styrker og begrensinger er det nevnt flere begrensinger ved dette designet. Fremtidig forskning kan ta utbytte av forbedringer i studiets kvalitet. I denne seksjonen argumenteres det for hvordan fremtidig forskning kan belyse fenomenet selvordstanker hos

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

pasienter som mottar behandling på Rask psykisk helsehjelp. Denne seksjonen inneholder hvordan fremtidig forskning kan benytte seg av både kvalitative og kvantitative tilnærminger for å belyse problemstillingen, samt anbefalinger for analysemetoder av utvalget og hvordan fremtidige studier kan redusere frafallsrater.

Kvalitative studier. En begrensning ved dette studiet er at studiet viste kun til at selvmordstanker er til stede og har mindre innsikt i forståelsen til hvorfor individet har selvmordstanker. For å kunne forebygge selvmordstanker er forståelsen av disposisjoner og konteksten til individet sentral (Hjelmeland, 2022; Rocca & Anjum., 2020). Kvalitative studier kan benytte systematiske intervjuer, og få tilgang til førstehånds informasjonen fra individer som har selvmordstanker (Hjelmeland, 2022). Selvmordstanker er et heterogent fenomen, og for å kunne forebygge er det viktig å forstå individene som opplever selvmordstankene (Reeves et al., 2022). Kvalitativ forskning kan gi informasjon om hva selvmordstanker innebærer, hvilken påvirkning og konsekvenser tankene har for enkelt individet.

Kvantitative studier. Dette studiet har begrensninger ved å ikke kunne vise til behandlingseffekter av selvmordstanker. Studiets utgangspunkt var å undersøke behandlingseffektene av selvmordstanker på Rask psykisk helsehjelp i Trondheim kommune. Studiet manglet datagrunnlag til å undersøke behandlingseffekter direkte, siden det ikke var noen deltagere som ble tildelt en annen behandling enn Rask psykisk helsehjelp tilbudet. Dette studiet kunne derfor kun si noe om assosierte sammenhenger til selvmordstanker og assosierte sammenhenger til behandlingsintervensjonene på Rask psykisk helsehjelp. Deltagerne er heller ikke randomisert, og det kan være egenskaper hos individet som medfører interaksjonseffekter til behandlingsutfallet. Studiet kan derfor ikke konkludere med om det er noen behandlingsintervensjoner som har bedre eller dårlige effekter for behandling av selvmordstanker.

I videre forskning anbefales det derfor en tilnærming med randomiserte kontrollerte forsøk (RCT), der man har mulighet til å kontrollere for randomisering av deltagerne og inkludere en kontroll gruppe (Mann, 2003). Kontrollgruppen kan få «omsorg som vanlig» slik som er benyttet i RCT studiet til Lervik et al. (2020). Denne tilnærmingen gjør det mulig å finne ut om det er en årsakssammenheng mellom behandlingen på Rask psykisk helsehjelp og å redusere selvmordstanker.

Det er imidlertid viktig å påpeke at et RCT design kan ha utfordringer med etiske aspekter, der pasienter som blir tildelt en kontrollgruppe muligens er i risiko for å ikke få

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

tilstrekkelig helsehjelp (Mann, 2003). En annen utfordring er inklusjon- og eksklusjonskriterier der et RCT studie kan ha strenge kriterier ved utvalg av pasienter, og mangle representativitet for målgruppen. Et RCT studie kan allikevel rettferdiggjøres som en anbefaling basert på at det er viktig at mennesker med selvmordstanker får tildelt en passende behandlingsintervensjon. Det er funnet selvmordstanker på Rask psykisk helsehjelp i Trondheim kommune, og det er derfor nødvendig å finne ut av behandlingseffektene for tilbudet.

Analysemetoder. Dette datasettet har benyttet seg av deskriptive analyser, t-tester, multiple lineare regresjonsanalyser og logistiske regresjonsanalyser. Analysemetodene kan ikke tilstrekkelig kontrollere for avhengigheter og tilfeldigheter i datasettet. Et alternativ for å kontrollere for disse forholdene er linear mixed models (LMM). LMM er en metode som kan ta hensyn til avhengige observasjoner og tilfeldige effekter (Verbeke, 1997). Det er forhold i dette datasettet som kan være avhengig av hverandre. For eksempel vil behandlingen til en deltager som mottar et gruppetilbud være avhengig av de andre deltagerne som er i gruppen. LMM er en metode som tar hensyn til hvordan avhengighet i datasettet skaper interaksjonseffekter og anbefales som en statistisk tilnærming ved fremtidig forskning.

Frafall. Dette studiet hadde høye frafallsrater som kan ha hatt en innvirkning på studiets resultater (Gustavson et al., 2012; Kristman et al., 2003). Ved fremtidige studier anbefales det derfor å utvikle gode prosedyrer for oppfølging av deltagere. For å unngå frafall er det viktig å fremdeles være i kontakt med deltagere for å forsikre deres forpliktelse til prosjektet (Hill et al., 2015). En nøkkel til suksessfull oppfølging er å vedlikeholde en positiv relasjon med deltagerne i studiet. Ifølge Hill et al. (2015) innebærer dette å behandle deltagere som relasjoner. En måte å gjøre dette på er å gi dem et nyhetsbrev ved å sende oppdateringer via e-post, eller ved bruk av sosiale medier som ved å opprette en Facebook side for prosjektet. Hvordan man formidler oppdateringene bør passe til deltagerens bakgrunn og utføres på en nøy igjennom tenkt måte for å unngå bias i funnene. Oppdateringer kan skape forventninger eller krav som kan gi deltagerne hint om hypotesen eller føre til sosial ønskelighet (Hill et al., 2015; Fernandez et al., 2004). Det eksistere også andre effektive virkemidler for å vise til deltagere at man verdsetter deres tid. Dette kan for eksempel være å sende bursdagskort eller insentiver i form av gavekort. I tillegg kan det å sende påminnelser om å besvare studien være et viktig virkemiddel for å forhindre frafall (Hill et al., 2015).

5.9 Praktiske implikasjoner

Resultatene fra denne oppgaven impliserer at selvmordstanker er til stede hos pasienter som mottar behandling på Rask psykisk helsehjelp i Trondheim kommune. At selvmordstanker er til stede i primærhelsetjenesten er bekreftet i tidligere studier (Khazanov et al., 2024; Watts et al., 2013). Ut ifra litteratursøk er det ingen andre studier i Norge som har undersøkt selvmordstanker i primærhelsetjenesten. Dette studiet gir dermed ny innsikt og kunnskap om pasienter på Rask psykisk helsehjelp i Trondheim kommune. Kunnskap som er viktig for å ivareta pasientenes behov.

Å behandle selvmordstanker ansees som sentralt for forebygging av selvmord (Harmer et al., 2024). Rask psykisk helsehjelp er et konkret kommunalt tiltak for forebygging av psykiske vansker og selvmordstanker (Helsedirektoratet, 2017). Tilbudet skal benytte seg av evidensbasert praksis, som innebærer at behandlingen som pasientene mottar er kunnskapsbasert (APA, 2006; NAPHA, 2022). Imidlertid eksisterer det ingen studier i Norge som undersøker behandlingseffekter for å redusere selvmordstanker på Rask psykisk helsehjelp eller andre kommunale lavterskel behandlingstilbud. Tidligere studier har vist til blandede effekter for psykoterapeutiske intervensjoner og det er behov for mer forskning på effektive behandlinger til å redusere selvmordstanker. (Cuijpers et al., 2013; Tarrier et al., 2007; Christensen et al., 2024; Khazanov et al., 2024). Grunnet manglende randomisering og mangel på kontrollgruppe kan ikke dette studiet vise til behandlingseffekter av tilbudet til Rask psykisk helsehjelp. Det anbefales derfor at videre forskning undersøker om Rask psykisk helsehjelp sine behandlingsintervensjoner kan redusere selvmordstanker.

Studiet viste til at pasienter som mottok behandlingsintervensjonene «assistert selvhjelp» og «flere behandlinger» hadde mindre selvmordstanker etter endt behandling enn kontrollgruppen «psykoedukasjonskurs». Tidligere studier har vist til at internettbasert kognitiv atferdsterapi kan være en behandlingsmetode med effekt til å redusere selvmordstanker (Watts et al., 2013; Christensen et al., 2013; Spijker et al., 2014). Studiene viste til konkrete moduler som er designet og fokuserer målrettet tankesett som opprettholder selvmordstanker. Å utvikle programmet til målrettet behandling for selvmordstanker kan potensielt være en effektiv behandlingsintervensjon for pasienter som har selvmordstanker på Rask psykisk helsehjelp.

Det er ikke kun viktig å redusere selvmordstanker for selvmordsforebygging. Selvmordstanker er i seg selv en stor påkjenning for individet. Å ha tanker om døden og/eller tanker om å skade seg selv kan ansees som en emosjonell stressende opplevelse som har

Selvordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

konsekvenser for individet (Arvidsdotter et al., 2015; Chamberlain et al., 2009; O'Connor et al., 2012; Goldney et al., 2001). Individer med selvordstanker burde derfor få tilgang til behandlingsintervensjoner som bidrar med å redusere selvordstanker.

Ifølge Hjelmeland (2022) finnes det ingen enkle løsninger når det gjelder forebygging av suicidalitet. «For å forbedre selvmordsforebygging er det nødvendig å forsøke å forstå suicidalitet som et mangfoldig og komplekst fenomen» (Hjelmeland, 2022). I klinisk praksis betyr dette at klinikerer må forsøke å forstå meningen selvordstankene har for individet. Å forstå meningen bak selvordstankene krever et helhetlig perspektiv. Disposisjonalismen er et perspektiv som forsøker å forstå helheten til individet med selvordstanker (Rocca & Anjum, 2020). Klinikerer kan dermed undersøke hvilke indre (eks. tidligere erfaringer) og ytre (eks. sosiale forhold) egenskaper som interagerer med hverandre som førte til selvordstankene, og vedlikeholdelse av dem. Ved forståelse av disse forholdene muliggjør dette at klinikerer kan tilpasse intervensjonen til pasientens behov.

Et sentralt element for å tilegne seg forståelsen av selvordstanker i praksis, er ved å jobbe målrettet og fokusert på terapeutisk allianse i behandling. Dette innebærer at pasienten blir lyttet til, og blir møtt empatisk, omsorgsfullt, støttende, respektfullt og ikke fordømmende (Martin et al., 2000; Bordin, 1979; Østli, 2018). En slik tilnærming kan gi pasienten rom til å fortelle om hvilken mening selvordstankene har for pasienten, i pasientens kontekst (Hjelmeland, 2022). Tilnærmingen kan også bidra med å redusere oppfattet negative holdninger, stigmastress og skam rundt selvordstanker (Caprinello & Pinna, 2017; Oexle et al., 2016). Å danne en relasjon, med respekt, aksept og tillit kan bidra til at individet opplever seg selv som verdifull. Den terapeutiske alliansen kan derfor potensielt bidra med å redusere selvordstankene og risikoen for selvmord.

Dette studiet har data på pasienter som mottar behandling på Rask psykisk helsehjelp i Trondheim kommune. Basert på funnet er det mulig at det kan eksistere selvordstanker hos pasienter som mottar behandling ved andre deler av kommunehelsetjenesten, og at selvordstanker kan være til stede ved Rask psykisk helsehjelp i andre kommuner. I fremtiden kan det være relevant å utvide kunnskapen til å undersøke om man finner tilsvarende funn om selvordstanker på Rask psykisk helsehjelp i andre kommuner, og i andre deler av kommunale psykiske helsetilbud.

6. Konklusjon

Hovedmålet i denne studien var å undersøke om selvmordstanker er til stede i et kommunalt lavterskel psykisk helsetilbud, kalt Rask psykisk helsehjelp i Trondheim kommune. Resultatet viste til at 32.7% av deltagerne hadde selvmordstanker før behandling, og av de deltagerne som forble i studiet hadde 19.4% av deltagerne selvmordstanker etter behandling. Psykisk helsestatus før behandling viste ingen betydning for endring av selvmordstanker fra før behandling til etter behandling. Deltagerne som mottok behandlingsintervensjonene «assistert selvhjelp» og «flere behandlinger» viste til mindre selvmordstanker etter behandling enn kontrollgruppen bestående av psykoedukasjonskurs.

Å behandle selvmordstanker er viktig for forebyggende arbeid mot selvmord (Jobes & Joiner, 2019). Imidlertid vil ikke de fleste som har selvmordstanker forsøke å ta sitt eget liv (Have et al., 2009). Å ha tanker om døden og/eller tanker om å skade seg selv kan ansees som en emosjonell stressende opplevelse som har konsekvenser for individet (Arvidsdotter et al., 2015; Chamberlain et al., 2009; O'Connor et al., 2012; Goldney et al., 2001). Individer med selvmordstanker burde derfor få tilgang til behandlingsintervensjoner som bidrar med å redusere selvmordstanker, uavhengig om individet har en suicidal intensjon. Det anbefales å undersøke om Rask psykisk helsehjelp er et behandlingstilbud som kan redusere selvmordstanker. Det er et også et behov for forskning som undersøker forståelsen av individet med selvmordstanker. I praksis er den terapeutiske alliansen sentral i behandling av selvmordstanker (Hjelmeland, 2022). Det er viktig å se helheten til individet – for å kunne forebygge må klinikerne forstå kompleksiteten til mekanismene og konteksten som medfører selvmordstanker.

7.Referanser

- Alexopoulos, G. S., Raue, P. J., Banerjee, S., Mauer, E., Marino, P., Soliman, M., Kanellopoulos, D., Solomonov, N., Adeagbo, A., Sirey, J. A., Hull, T. D., Kiosses, D. N., & Areán, P. A. (2021). Modifiable predictors of suicidal ideation during psychotherapy for late-life major depression. A machine learning approach. *Translational Psychiatry, 11*(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01656-5>
- Altman. (2000). Statistics in medical journals: some recent trends. *Stat Med, 19*, 3275–3289.
- American Psychological Association (APA). (2006). American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-based Practice: Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist, 61*(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.61.4.271>
- American Psychological Association (APA). (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Ammerman, B. A., & Law, K. C. (2022). Using intensive time sampling methods to capture daily suicidal ideation: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 299*, 108–117. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.121>
- Anderson, N. L., & Crowther, J. H. (2012). Using the Experiential Avoidance Model of Non-Suicidal Self-Injury: Understanding Who Stops and Who Continues. *Archives of Suicide Research, 16*(2), 124–134. <https://doi.org/10.1080/13811118.2012.667329>
- Arjas, E., & Eerola, M. (1993). On predictive causality in longitudinal studies. *Journal of Statistical Planning and Inference, 34*(3), 361–386. [https://doi.org/10.1016/0378-3758\(93\)90146-w](https://doi.org/10.1016/0378-3758(93)90146-w)
- Ashton, J. C. (2013). Experimental power comes from powerful theories — the real problem in null hypothesis testing. *Neuroscience, 14*(8), 585. <https://doi.org/10.1038/nrn3475-c2>
- Arvidsdotter, T., Marklund, Kylén, Taft, C., & Ekman, I. (2016). Understanding persons with psychological distress in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 30*(4), 687–694. <https://doi.org/10.1111/scs.12289>
- Babbie (1973). *Survey research methods*. Belmont, CA: Wadsworth.

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

- Ballard, E. D., Ionescu, D. F., Vande Voort, J. L., Niciu, M. J., Richards, E. M., Luckenbaugh, D. A., Brutsché, N. E., Ameli, R., Furey, M. L., & Zarate, C. A. (2014). Improvement in suicidal ideation after ketamine infusion: Relationship to reductions in depression and anxiety. *Journal of Psychiatric Research*, 58, 161–166. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.07.027>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company
- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R., & Ellard, K. K. (2018). The Nature, Diagnosis, and Treatment of Neuroticism: Back to the Future. *The Neurotic Paradox*, 355–390. <https://doi.org/10.4324/9781315619996-5>
- Bantjes, J., Iemmi, V., Coast, E., Channer, K., Leone, T., McDaid, D., Palfreyman, A., Stephens, B., & Lund, C. (2016). Poverty and suicide research in low- and middle-income countries: systematic mapping of literature published in English and a proposed research agenda. *Global Mental Health*, 3. <https://doi.org/10.1017/gmh.2016.27>
- Bauer, A. M., Chan, Y.-F., Huang, H., Vannoy, S., & Unützer, J. (2012). Characteristics, Management, and Depression Outcomes of Primary Care Patients Who Endorse Thoughts of Death or Suicide on the PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*, 28(3), 363–369. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2194-2>
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1991). *Manual for the Beck Scale for Suicide Ideation*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bentley, K. H., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Fox, K. R., & Nock, M. K. (2016). Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 43, 30–46. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.008>
- Benson, C., Singer, D., Carpinella, C. M., Shawi, M., & Alphas, L. (2021). The Health-Related Quality of Life, Work Productivity, Healthcare Resource Utilization, and Economic Burden Associated with Levels of Suicidal Ideation Among Patients Self-Reporting Moderately Severe or Severe Major Depressive Disorder in a National Survey. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 17, 111–123. <https://doi.org/10.2147/ndt.s229530>

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

- Beard, C., Hsu, K. J., Rifkin, L. S., Busch, A. B., & Björgvinsson, T. (2016). Validation of the PHQ-9 in a psychiatric sample. *Journal of Affective Disorders*, 193, 267–273. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.075>
- Berk, M., & Parker, G. (2009). The Elephant on the Couch: Side-Effects of Psychotherapy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(9), 787–794. <https://doi.org/10.1080/00048670903107559>
- Bhar, Marjan Ghahramanlou-Holloway, Brown, G., & Beck, A. T. (2008). Self-Esteem and Suicide Ideation in Psychiatric Outpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(5), 511–516. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.5.511>
- Bickford, D., Morin, R. T., Woodworth, C., Verduzco, E., Khan, M., Burns, E., Nelson, J. C., & Mackin, R. S. (2019). The relationship of frailty and disability with suicidal ideation in late life depression. *Aging & Mental Health*, 25(3), 439–444. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1698514>
- Bloomfield-Claggett, B., Greenstein, D. K., Kush, J. M., Musci, R., Zarate, C. A., & Ballard, E. D. (2022). Predictors of suicidal ideation trajectories in the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D) study. *Journal of Psychiatric Research*, 148, 9–13. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.01.027>
- Bogucki, O. E., Craner, J. R., Berg, S. L., Wolsey, M. K., Miller, S. J., Smyth, K. T., Johnson, M. W., Mack, J. D., Sedivy, S. J., Burke, L. M., Glader, M. A., Williams, M. W., Katzelnick, D. J., & Sawchuk, C. N. (2020). Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders: Outcomes From a Multi-State, Multi-Site Primary Care Practice. *Journal of Anxiety Disorders*, 78, 102345–102345. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102345>
- Bordin, E. (1979). The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260.
- Breslow, N. E., & Day, N. E. (1980). Statistical Methods in Cancer Research. The Analysis of Case-Control Studies. *IARC Scientific Publications*, (32), 5–338.
- Briere, J., Hodges, M., & Godbout, N. (2010). Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: A structural equation model. *Journal of Traumatic Stress*, 23(6), 767–774. <https://doi.org/10.1002/jts.20578>

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

- Brilleman, S. L., Pachana, N. A., & Dobson, A. J. (2010). The impact of attrition on the representativeness of cohort studies of older people. *BMC Medical Research Methodology*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-71>
- Bryan, C. J., Rudd, M. D., & Wertenberger, E. (2013). Reasons for suicide attempts in a clinical sample of active duty soldiers. *Journal of Affective Disorders*, 144(1-2), 148–152. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.06.030>
- Button, M. (2016). Suicide and social justice: Torward a political approach to suicide. *Political Reseach Qurtely*, 69(2), 270-280.
- Carpiniello, B., & Pinna, F. (2017). The Reciprocal Relationship between Suicidality and Stigma. *Frontiers in Psychiatry*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00035>
- Cavanagh, Carson, Sharpe, & Laweie. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395–405. <https://doi.org/10.1017/s0033291702006943>
- Chamberlain, P., Goldney, R., Delfabbro, P., Gill, T., & Grande, L. D. (2009). Suicidal Ideation. *Crisis*, 30(1), 39–42. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.30.1.39>
- Chang NA, Stanley B, Brown GK, Cunningham A. (2011). Treating the suicidal patient: Cognitive therapy and dialectical behaviour therapy. In: O'Connor RC, Platt S, Gordon J, editors. *International handbook of suicide prevention: Research, policy, and practice*. John Wiley and Sons,
- Cheng, L. J., Tan, R. L.-Y., & Luo, N. (2021). Measurement Properties of the EQ VAS Around the Globe: A Systematic Review and Meta-Regression Analysis. *Value in Health*, 24(8), 1223–1233. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2021.02.003>
- CheckWare (2024). *Din samarbeidspartner innen digitale helsetjenester*. <https://www.checkware.no/>
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 415–424. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30024-4)
- Christensen, H., Farrer, L., Batterham, P. J., Mackinnon, A., Griffiths, K. M., & Donker, T. (2013). The effect of a web-based depression intervention on suicide ideation:

- secondary outcome from a randomised controlled trial in a helpline. *BMJ Open*, 3(6), e002886. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002886>
- Christensen, H., Michalsen, A., Brattmyr, M., Havnen, A., & Solem, S. (2024). Suicidal ideation among outpatients attending a public mental health clinic in Norway: rates, treatment effect, and associated characteristics. *Nordic Psychology*, 1–11. <https://doi.org/10.1080/19012276.2024.2313526>
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A Meta-Analysis of Cognitive-Behavioural Therapy for Adult Depression, Alone and in Comparison with other Treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376–385. <https://doi.org/10.1177/070674371305800702>
- Corrigan, P. W., Bink, A. B., Schmidt, A., Jones, N., & Rüsch, N. (2015). What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the “why try” effect. *Journal of Mental Health*, 25(1), 10–15. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1021902>
- De Cremer, D., van Knippenberg, B., van Knippenberg, D., Mullenders, D., & Stinglhamber, F. (2005). Rewarding Leadership and Fair Procedures as Determinants of Self-Esteem. *Journal of Applied Psychology*, 90(1), 3–12. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.1.3>
- Delgadillo, J., McMillan, D., Lucock, M., Leach, C., Ali, S., & Gilbody, S. (2013). Early changes, attrition, and dose–response in low intensity psychological interventions. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 114–130. <https://doi.org/10.1111/bjc.12031>
- DeVellis, R.F & Thorpe, C.T. (2022). *Scale Development: Theory and Applications*. Fifth Edition. California: SAGE Publications, Inc.
- Erford, B. T., Jackson, J., Bardhoshi, Duncan, K., & Atalay. (2017). Selecting Suicide Ideation Assessment Instruments: A Meta-Analytic Review. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 51(1), 42–59. <https://doi.org/10.1080/07481756.2017.1358062>,
- Fernandez, C. V. (2004). Considerations and costs of disclosing study findings to research participants. *Canadian Medical Association Journal*, 170(9), 1417–1419. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1031668>
- Fischer, E. H., Dornelas, E. A., & Goethe, J. W. (2001). Characteristics of People Lost to Attrition in Psychiatric Follow-up Studies. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(1), 49–55. <https://doi.org/10.1097/00005053-200101000-00009>

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232.
<https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- FHI.no. (2020). 6 av 10 friske med rask psykisk helsehjelp. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nyheter/2020/6-av-10-friske-med-rask-psykisk-helsehjelp/>
- Field, A. (2018). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (5. utg). London: SAGE Publications Ltd.
- Galasiński & Ziółkowska. (2020). *Discursive Constructions of the Suicidal Process*. London,: Bloomsbury Academic. <http://dx.doi.org/10.5040/9781350107724>
- Gilovich, Keltner, Chen & Ritchard. (2018). *Social psychology* (5.utg.). Norton & Company.
- Gill & Perrault (2025). *Artificial Intelligence Index rapport 2025*. En rapport av Standord University Human-Centered artificial intelligence. https://hai-production.s3.amazonaws.com/files/hai_ai_index_report_2025.pdf
- Goldney, R. D., Fisher, L. J., Wilson, D. H., & Cheok, F. (2001). Suicidal ideation and health-related quality of life in the community. *The Medical Journal of Australia*, 175(10), 546–549. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2001.tb143717.x>
- Gustavson, K., von Soest, T., Karevold, E., & Røysamb, E. (2012). Attrition and generalizability in longitudinal studies: findings from a 15-year population-based study and a Monte Carlo simulation study. *BMC Public Health*, 12(1).
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-918>
- Harmer. (2024). *Suicidal Ideation*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33351435/>
- Hallford, D. J., Rusanov, D., Winestone, B., Kaplan, R., Fuller-Tyszkiewicz, M., & Melvin, G. (2023). Disclosure of suicidal ideation and behaviours: A systematic review and meta-analysis of prevalence. *Clinical Psychology Review*, 101, 102272.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102272>
- Have, Graaf, R. de, Saskia van Dorsselaer, Verdurmen, J., Land, H. van't, Vollebergh, W., & Beekman, A. (2009). Incidence and Course of Suicidal Ideation and Suicide Attempts in the General Population. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(12), 824–833.
<https://doi.org/10.1177/070674370905401205>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025 - Ingen å miste*. Regjeringen.no.

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Forenkle og forbedre. Rapport om tematisk organisering av psykisk helsevern*. Regjeringen.no.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/fornkle-og-forbedre-rapport-om-tematisk-organisering-av-psykisk-helsevern/id2993928/>

Helsedirektoratet. (2017). *Veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord*. Helsedirektoratet.no <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/selvskading-og-selv-mord-veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging>

Helsedirektoratet. (2024). *Selv mordsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*. Helsedirektoratet.no <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/selv-mordsforebygging-i-psykisk-helsevern-og-tsb/bakgrunn-metode-og-prosess>

Helsedirektoratet. (2013). *Rask Psykisk Helsehjelp – 12 pilotkommuner*. Veiledende materiell. Helsedirektoratet.no

Heymans, & Twisk. (2022). Handling missing data in clinical research. *Journal of Clinical Epidemiology*, 151, 185–188. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2022.08.016>

Hill, K. G., Woodward, D., Woelfel, T., Hawkins, J. D., & Green, S. (2015). Planning for Long-Term Follow-Up: Strategies Learned from Longitudinal Studies. *Prevention Science*, 17(7), 806–818. <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0610-7>

Hjelmeland, Hagen, & Knizek. (2014). *Selv mordsforebygging i psykisk helsevern – på tide å tanke nytt?* *Tidsskrift for den norske legeforening*, 134(12-13), 1222.

Hjelmeland. (2016). A critical look at the current suicide research. I J. White, I Marsh, M. Kral & J. Morris (Red.), *Critical suicidology; Transforming suicide research and prevention for the 21st century*. 31-55. Vancouver: UBC Press.

Hjelmeland (2022). *Selv mordsforebygging. For å kunne forebygge selvmord må vi forstå hva suicidalitet handler om*. (1utgave.), Oslo: Cappelen Damm.

Hogan, J. W., Roy, J., & Korkontzelou, C. (2004). Handling drop-out in longitudinal studies. *Statistics in Medicine*, 23(9), 1455–1497. <https://doi.org/10.1002/sim.1728>

Hom, M. A., Stanley, I. H., Podlogar, M. C., & Joiner, T. E. (2017). “Are You Having Thoughts of Suicide?” Examining Experiences With Disclosing and Denying Suicidal Ideation. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1382–1392. <https://doi.org/10.1002/jclp.22440>

House, A., Kapur, N., & Knipe, D. (2020). Thinking about suicidal thinking. *The Lancet Psychiatry*, 7(11), 997–1000. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30263-7](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30263-7)

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

- Hunsley, J. og Mash, E.J. (2010). The role of Assessment in Evidence-Based Practice. In M.M. Antony og D.H. Barlow, *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders*. New York: Guilford Press. pp. 3-22
- IBM Corp. (2025). IBM SPSS Statistics for Windows (Version 29.0). (Computer software). IBM Corp.
- Johnson, S. U., Pål Gunnar Ulvenes, Tuva Øktedalen, & Hoffart, A. (2019). Psychometric Properties of the General Anxiety Disorder 7-Item (GAD-7) Scale in a Heterogeneous Psychiatric Sample. *Frontiers in Psychology*, 10.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01713>
- Jobes, D. A., & Joiner, T. E. (2019). Reflections on suicidal ideation [Editorial]. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 40(4), 227–230.
[10.1027/0227-5910/a000615](https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000615)
- Kanwar, A., Malik, S., Prokop, L. J., Sim, L. A., Feldstein, D., Wang, Z., & Murad, M. H. (2013). The association between anxiety disorders and suicidal behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, n/a-n/a.
<https://doi.org/10.1002/da.22074>
- Keilp, J. G., Grunebaum, M. F., Gorlyn, M., LeBlanc, S., Burke, A. K., Hanga Galfalvy, Oquendo, M. A., & Mann, J. J. (2012). Suicidal ideation and the subjective aspects of depression. *Journal of Affective Disorders*, 140(1), 75–81.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.01.045>
- Keilp, J. G., Ellis, S. P., Gorlyn, M., Burke, A. K., Oquendo, M. A., Mann, J. J., & Grunebaum, M. F. (2017). Suicidal ideation declines with improvement in the subjective symptoms of major depression. *Journal of Affective Disorders*, 227, 65–70.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.018>
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617–617.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and Risk Factors for Lifetime Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 617–617. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.617>
- Khazanov, G. K., Wolk, C. B., Lorenc, E., Candon, M., Pieri, M. F., Oslin, D. W., Press, M. J., Anderson, E., Famiglio, E., & Jager-Hyman, S. (2024). Change in suicidal ideation,

- depression, and anxiety following collaborative care in the community. *BMC Primary Care*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02494-2>
- Kim, S., Won, C. W., Kim, B. S., Kim, S., Yoo, J., Byun, S., Jang, H. C., Cho, B. L., Son, S. J., Lee, J. H., Park, Y. S., Choi, K. M., Kim, H. J., & Lee, S. G. (2018). EuroQol Visual Analogue Scale (EQ-VAS) as a Predicting Tool for Frailty in Older Korean Adults: The Korean Frailty and Aging Cohort Study (KFACS). *The Journal of Nutrition Health & Aging*, 22(10), 1275–1280. <https://doi.org/10.1007/s12603-018-1077-6>
- Kim, S., Lee, H.-K., & Lee, K. (2021). Which PHQ-9 Items Can Effectively Screen for Suicide? Machine Learning Approaches. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3339–3339. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073339>
- Kleiman, E. M., Turner, B. J., Fedor, S., Beale, E. E., Huffman, J. C., & Nock, M. K. (2017). Examination of real-time fluctuations in suicidal ideation and its risk factors: Results from two ecological momentary assessment studies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(6), 726–738. <https://doi.org/10.1037/abn0000273>
- Klonsky, May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 307–330. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
- Klonsky, Saffer, B. Y., & Bryan, C. J. (2018). Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update. *Current Opinion in Psychology*, 22, 38–43. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.020>
- Klonsky, & May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the “Ideation-to-Action” Framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
- Knapstad, M., Nordgreen, T., & Smith, O. R. F. (2018). Prompt mental health care, the Norwegian version of IAPT: clinical outcomes and predictors of change in a multicenter cohort study. *BMC Psychiatry*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1838-0>
- Knapstad, M., Lervik, L., Sæther, S., Aarø, L., & Smith, Otto Robert F. (2020). Effectiveness of Prompt Mental Health Care, the Norwegian Version of Improving Access to Psychological Therapies: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(2), 90–105. <https://doi.org/10.1159/000504453>
- Knudsen, A. K. S., Stene-Larsen, K., Gustavson, K., Hotopf, M., Kessler, R. C., Krokstad, S., Skogen, J. C., Øverland, S., & Reneflot, A. (2021). Prevalence of mental disorders,

- suicidal ideation and suicides in the general population before and during the COVID-19 pandemic in Norway: A population-based repeated cross-sectional analysis. *The Lancet Regional Health - Europe*, 4, 100071.
<https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100071>
- Kobayashi, Y., Fujita, K., Kaneko, Y., & Motohashi, Y. (2015). Self-Efficacy as a Suicidal Ideation Predictor: A Population Cohort Study in Rural Japan. *Open Journal of Preventive Medicine*, 05(02), 61–71. <https://doi.org/10.4236/ojpm.2015.52007>
- Kothgassner, O. D., Robinson, K., Goreis, A., Ougrin, D., & Plener, P. L. (2020). Does treatment method matter? A meta-analysis of the past 20 years of research on therapeutic interventions for self-harm and suicidal ideation in adolescents. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00123-9>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 345–359.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006>
- Krumpal. (2013). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: a literature review. *Quality & Quantity*, 47, 2025–2047
<https://doi.org/10.1007/s11135-011-9640-9>
- Kristman, V., Manno, M., & Côté, P. (2003). Loss to Follow-Up in Cohort Studies: How Much is Too Much? *European Journal of Epidemiology*, 19(8), 751–760.
<https://doi.org/10.1023/b:ejep.0000036568.02655.f8>
- Lai, W., Liao, Y., Zhang, H., Zhao, H., Li, Y., Chen, R., Shi, G., Liu, Y., Hao, J., Li, Z., Wang, W., McIntyre, R. S., Lu, C., & Han, X. (2025). The trajectory of depressive symptoms and the association with quality of life and suicidal ideation in patients with major depressive disorder. *BMC Psychiatry*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06743-1>
- Laing, C. M., & Rankin, J. A. (2011). Odds Ratios and Confidence Intervals. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 28(6), 363–367.
<https://doi.org/10.1177/1043454211426575>
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Red.), *Handbook of psychotherapy integration*. 94–129. Oxford University Press.

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

- Lee, J.-I., Lee, M.-B., Liao, S.-C., Chang, C.-M., Sung, S.-C., Chiang, H.-C., & Tai, C.-W. (2010). Prevalence of Suicidal Ideation and Associated Risk Factors in the General Population. *Journal of the Formosan Medical Association*, 109(2), 138–147. [https://doi.org/10.1016/s0929-6646\(10\)60034-4](https://doi.org/10.1016/s0929-6646(10)60034-4)
- LeMoult, Battaglini, Rnic & Castronguay (2021). Depression. I Castonguay, Oltmanns, & Lott; *Psychopathology. From Science to Clinical Practice 2ed*. New York: Guilford Press.
- Lervik, L. V., Knapstad, M., & Smith, O. R. F. (2020). Process evaluation of Prompt Mental Health Care (PMHC): the Norwegian version of Improving Access to Psychological Therapies. *BMC Health Services Research*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05311-5>
- Lester, D., & Abdel-Khalek, A. M. (1999). Manic-Depression, Suicidality, and Obsessive-Compulsive Tendencies. *Psychological Reports*, 85(3_suppl), 1100–1100. <https://doi.org/10.2466/pr0.1999.85.3f.1100>
- Liu, R. T., Bettis, A. H., & Burke, T. A. (2020). Characterizing the phenomenology of passive suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis of its prevalence, psychiatric comorbidity, correlates, and comparisons with active suicidal ideation. *Psychological Medicine*, 50(3), 367–383. <https://doi.org/10.1017/s003329171900391x>
- Lindsey, C., & Sheather, S. (2010). Variable Selection in Linear Regression. *The Stata Journal: Promoting Communications on Statistics and Stata*, 10(4), 650–669. <https://doi.org/10.1177/1536867x1101000407>
- Lundqvist, Lindberg, Brattmyr, Havnen, Hjemdal, & Solem, S. (2024). The Work and Social Adjustment Scale (WSAS): An investigation of reliability, validity, and associations with clinical characteristics in psychiatric outpatients. *PLoS ONE*, 19(10), e0311420–e0311420. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0311420>
- Luszczynska, Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The General Self-Efficacy Scale: Multicultural Validation Studies. *The Journal of Psychology*, 139(5), 439–457. <https://doi.org/10.3200/jrlp.139.5.439-457>
- MacLeod, A. K., Tata, P., Tyrer, P., Schmidt, U., Davidson, K., & Thompson, S. (2005). Hopelessness and positive and negative future thinking in parasuicide. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(4), 495–504. <https://doi.org/10.1348/014466505x35704>

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

- Mann, C. J. (2003). Observational research methods. Research design II: Cohort, cross sectional, and case-control studies. *Emergency Medicine Journal*, 20(1), 54–60. <https://doi.org/10.1136/emj.20.1.54>
- Mataix-Cols, D., Cowley, A. J., Hankins, M., Schneider, A., Bachofen, M., Kenwright, M., Gega, L., Cameron, R., & Marks, I. M. (2005). Reliability and validity of the Work and Social Adjustment Scale in phobic disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 46(3), 223–228. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.08.007>
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438–450. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>
- Marsh, I (2010). *Suicide. Foucault, history and throuth*. Cambrige: Cambridge University Press.
- Meltzoff & Cooper. (2018) *Critical thinking about reseach*. 2ed. American Psychological Association. Washington.
- Mewton, L., & Andrews, G. (2016). Cognitive behavioral therapy for suicidal behaviors: improving patient outcomes. *Psychology Research and Behavior Management*, 21. <https://doi.org/10.2147/prbm.s84589>
- McGee, R., Williams, S., & Shyamala Nada-Raja. (2001). Low self-esteem and hopelessness in childhood and suicidal ideation in early adulthood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(4), 281–291. <https://doi.org/10.1023/a:1010353711369>
- McCarty, C. A., Russo, J., Grossman, D. C., Katon, W., Rockhill, C., McCauley, E., Richards, J., & Richardson, L. (2011). Adolescents With Suicidal Ideation: Health Care Use and Functioning. *Academic Pediatrics*, 11(5), 422–426. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2011.01.004>
- Mellis, C. M. (2020). How to choose your study design. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 56(7), 1018–1022. <https://doi.org/10.1111/jpc.14929>
- Mitsdu.dk.(2024). *Vejledning for brugen af generativ AI*. Mitsdu.dk https://mitsdu.dk/da/mit_studie/bachelor/kunstig-intelligens/vejledning-og-support/aipaasdu/vejledning-gai
- Millner, A. J., Robinaugh, D. J., & Nock, M. K. (2020). Advancing the Understanding of Suicide: The Need for Formal Theory and Rigorous Descriptive Research. *Trends in Cognitive Sciences*, 24(9), 704–716. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2020.06.007>

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

- Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K., & Greist, J. M. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *British Journal of Psychiatry*, 180(5), 461–464. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>
- Naidoo, S., & Collings, S. J. (2017). Suicidal and death ideation in a cohort of psychiatric outpatients: Prevalence and risk factors. *Psychology and Developing Societies*, 29(2), 288–300. <https://doi.org/DOI:10.1177/0971333617716849>
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). (2022). *RPH-Håndboka: Anbefalinger basert på nasjonale retningslinjer og ti års erfaringer med Rask psykisk helsehjelp* (1.utg.). NAPHA. <https://napha.no/multimedia/10878/rph-handboka.pdf>
- NHS England. (2022). *Psychological Therapies: Annual report on the use of IAPT service, England, 2021-22*. NHS Digital. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/psychological-therapies-annual-reports-on-the-use-of-iapt-services/annual-report-2021-22#>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133–154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
- Nock, M. K., Prinstein, M. J., & Sterba, S. K. (2009). Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(4), 816–827. <https://doi.org/10.1037/a0016948>
- Nock, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M. et al. (2018). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br. J. Psychiatry* 192:98–105. DOI: [10.1192/bjp.bp.107.040113](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113)
- Norton, P. J., Temple, S. R., & Pettit, J. W. (2008). Suicidal ideation and anxiety disorders: Elevated risk or artifact of comorbid depression? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(4), 515–525. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.10.010>
- O'Connor, R. C., Fraser, L., Whyte, M.-C., MacHale, S., & Masterton, G. (2008). A comparison of specific positive future expectancies and global hopelessness as predictors of suicidal ideation in a prospective study of repeat self-harmers. *Journal of Affective Disorders*, 110(3), 207–214. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.01.008>

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

- O'Connor, S. S., Beebe, T. J., Lineberry, T. W., Jobes, D. A., & Conrad, A. K. (2012). The association between the Kessler 10 and suicidality: a cross-sectional analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 53(1), 48–53.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.02.006>
- Oexle, V. Ajdacic-Gross, Kilian, R., M. Müller, Rodgers, S., Xu, Z., W. Rössler, & N. Rüsch. (2015). Mental illness stigma, secrecy and suicidal ideation. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(1), 53–60. <https://doi.org/10.1017/s2045796015001018>
- Oexle, Waldmann, T., Staiger, T., Xu, Z., & N. Rüsch. (2016). Mental illness stigma and suicidality: the role of public and individual stigma. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(2), 169–175. <https://doi.org/10.1017/s2045796016000949>
- OpenAI. (2025). *ChatGPT (GPT-4) [Large language model]*. <https://chat.openai.com/>
- Ose, S. O., Tveit, T., & Mehlum. (2021). Non-suicidal self-injury (NSSI) in adult psychiatric outpatients – A nationwide study. *Journal of Psychiatric Research*, 133, 1–9.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.11.031>
- Overholser, Adams, Lehnert & Brinkman. (1995). Self-Esteem Deficits and Suicidal Tendencies among Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(7), 919–928. <https://doi.org/10.1097/00004583-199507000-00016>
- Pedersen, G., Kvarstein, E. H., & Wilberg, T. (2017). The Work and Social Adjustment Scale: Psychometric properties and validity among males and females, and outpatients with and without personality disorders. *Personality and Mental Health*, 11(4), 215–228.
<https://doi.org/10.1002/pmh.1382>
- Perplexity.ai (2025). <https://www.perplexity.ai/>
- Pilowsky, D. J., Wu, L.-T., & Anthony, J. C. (1999). Panic Attacks and Suicide Attempts in Mid-Adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1545–1549.
<https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1545>
- Piscopo, Lipari, Cooney & Glasheen. (2015). Suicidal thoughts and behavior among adults: results from the 2015 National Survey on drug use and health.
<http://www.samhsa.gov/data/>
- Que, J., Shi, L., Liu, J., Gong, Y., Sun, Y., Mi, W., Lin, X., Bao, Y., Sun, H., Shi, J., & Lu, L. (2019). Prevalence of suicidal thoughts and behaviours among medical professionals: a meta-analysis and systematic review. *The Lancet*, 394. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)32347-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)32347-5)

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

Rainbow, C., Baldwin, P., Hosking, W., Gill, P., Blashki, G., & Shand, F. (2021).

Psychological Distress and Suicidal Ideation in Australian Online Help-Seekers: The Mediating Role of Perceived Burdensomeness. *Archives of Suicide Research*, 27(2), 439–452. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.2020191>

Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R., & Endicott, J. (2005). Quality-of-Life Impairment in Depressive and Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1171–1178. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.6.1171>

Reeves, K. W., Vasconez, G., & Weiss, S. J. (2022). Characteristics of Suicidal Ideation: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research*, 26(4), 1736–1756. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.2022551>

Richards, J. E., Whiteside, U., Ludman, E. J., Pabiniak, C., Kirlin, B., Hidalgo, R., & Simon, G. (2019). Understanding Why Patients May Not Report Suicidal Ideation at a Health Care Visit Prior to a Suicide Attempt: A Qualitative Study. *Psychiatric Services*, 70(1), 40–45. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800342>

Rocca, E., & Anjum, R. L. (2020). Complexity, Reductionism and the Biomedical Model. I Anjum, Copeland & Rocca (Red.), *Rethinking Causality Complexity and Evidence for the Unique Patient*, 75–94. New York, NT: Springer Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-41239-5_5

Schneider, R. A., Chen, S. Y., Lungu, A., & Grasso, J. R. (2020). Treating suicidal ideation in the context of depression. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02894-5>

Schmidt, N. B., Norr, A. M., Allan, N. P., Raines, A. M., & Capron, D. W. (2017). A randomized clinical trial targeting anxiety sensitivity for patients with suicidal ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(6), 596–610. <https://doi.org/10.1037/ccp0000195>

Setia, M. S. (2016). Methodology Series Module 3: Cross-sectional Studies. *Indian Journal of Dermatology*, 61(3), 261–264. doi:10.4103/0019-5154.182410

Shneidman, E. S. (1985). *The Definition of Suicide*. New York: Wiley

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

Simon, G. E., Rutter, C. M., Peterson, D., Oliver, M., Whiteside, U., Operskalski, B., & Ludman, E. J. (2013). Does Response on the PHQ-9 Depression Questionnaire Predict Subsequent Suicide Attempt or Suicide Death? *Psychiatric Services*, 64(12), 1195–1202. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200587>

Selvordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

Skaalvik, E. M., & Skaalvik, S. (2013). *Skolen som læringsarena. Selvoppfatning, motivasjon og læring*. 2. utgave. 79 – 133.

Smith, Alves, & Knapstad. (2016). Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene I Norge (Rapport) Folkehelseinstituttet.
https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/rask_psykisk_helsehjelp_evalueringsrapp_12_piloter.pdf

Smith, O. R. F., Knapstad, Alves, D. E., & Aarø, L. E. (2017). Initial Results of Prompt Mental Health Care, the Norwegian Version of Improving Access to Psychological Therapies. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(6), 382–384.
<https://doi.org/10.1159/000477668>

Smith, O. R. F., Sæther, S. M. M., Haug, E., & Knapstad, M. (2022). Long-term outcomes at 24- and 36-month follow-up in the intervention arm of the randomized controlled trial of Prompt Mental Health Care. *BMC Psychiatry*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04227-0>

Spijker, van, Straten, A. van, & Kerkhof, M. (2014). Effectiveness of Online Self-Help for Suicidal Thoughts: Results of a Randomised Controlled Trial. *PLoS ONE*, 9(2), e90118–e90118. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090118>

Stene-Larsen, Øyen-Ødegaard, Straiton, Reneflot, Zahl, Myklestan & Hauge. (2024). *Selvord i Norge*. Folkehelseinstituttet, FHI.no.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykiskhelse/selvord-i-norge/>

Strauss, J., Birmaher, B., Bridge, J., Axelson, D., Chiappetta, L., Brent, D., & Ryan, N. (2000). Anxiety Disorders in Suicidal Youth. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(8), 739–745. <https://doi.org/10.1177/070674370004500807>

Stochl, J., Fried, E. I., Fritz, J., Croudace, T. J., Russo, D. A., Knight, C., Jones, P. B., & Perez, J. (2020). On Dimensionality, Measurement Invariance, and Suitability of Sum Scores for the PHQ-9 and the GAD-7. *Assessment*, 29(3), 355–366.
<https://doi.org/10.1177/1073191120976863>

Solem, Nilsen & Vogel. (2016). Angstlidelser. I Hagen & Kannair. *Psykiske lidelser*. Gyldendal: Oslo.

Tarrier, N., Taylor, K., & Gooding, P. (2007). Cognitive-Behavioral Interventions to Reduce Suicide Behavior. *Behavior Modification*, 32(1), 77–108.
<https://doi.org/10.1177/0145445507304728>

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

- Tourangeau, R., & Yan, T. (2007). Sensitive questions in surveys. *Psychological Bulletin*, 133(5), 859–883. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.5.859>
- Trung, C. T. T., Dat, N. T., Teh, C. J., & Tee, P. K. (2025). Psychological capital and mental health problems among the unemployed in the post-COVID-19 era: Self-esteem as a moderator. *PLOS ONE*, 20(3), e0319555. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0319555>
- Twisk, J. W. R. (2013). *Applied longitudinal data analysis for epidemiology: A practical guide* (2. utg.). Cambridge University Press.
- Vera-Varela, Miron, Barrigon, Alvares-Garcia, Portillo, Cammorro, MEmind Study Group & Baca-Garcia. (2022). Low Level of Agreement Between Self-Report and Clinical Assessment of Passive Suicidal Ideation. *Archives of Suicide Research*. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1945984>
- Verbeke, G. (1997). Linear Mixed Models for Longitudinal Data. *Lecture Notes in Statistics*, 63–153. https://doi.org/10.1007/978-1-4612-2294-1_3
- Vickers, K., & McNally, R. J. (2004). Panic Disorder and Suicide Attempt in the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(4), 582–591. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.113.4.582>
- Walker, J., Hansen, C. H., Hodges, L., Parvez Thekkumpurath, O'Connor, M., Sharma, N., Annet Kleiboer, Murray, G., Kroenke, K., & Sharpe, M. (2010). Screening for suicidality in cancer patients using Item 9 of the nine-item patient health questionnaire; does the item score predict who requires further assessment? *General Hospital Psychiatry*, 32(2), 218–220. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.11.011>
- Wakefield, S., Kellett, S., Simmonds-Buckley, M., Stockton, D., Bradbury, A., & Delgadillo, J. (2020). Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis of 10-years of practice-based evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(1), 1–37. <https://doi.org/10.1111/bjc.12259>
- Wang, K., Weiss, N. H., Pachankis, J. E., & Link, B. G. (2016). Emotional clarity as a buffer in the association between perceived mental illness stigma and suicide risk. *Stigma and Health*, 1(4), 252–262. <https://doi.org/10.1037/sah0000032>
- Watts, S., Newby, J. M., Mewton, L., & Andrews, G. (2013). A clinical audit of changes in suicide ideas with internet treatment for depression. *BMJ Open*, 2(5), e001558–e001558. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001558>

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

- Wenzel, A., & Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 12(4), 189–201.
<https://doi.org/10.1016/j.appsy.2008.05.001>
- Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11862-000>
- Weissman, M. M., Klerman, G. L., Markowitz, J. S., & Ouellette, R. (1989). Suicidal Ideation and Suicide Attempts in Panic Disorder and Attacks. *New England Journal of Medicine*, 321(18), 1209–1214. <https://doi.org/10.1056/nejm198911023211801>
- White, J. (2017). What can critical suicidology do? *Death studies*, 41(8), 472–480.
- Williams, G. M., & Smith, A. P. (2016). Using Single-Item Measures to Examine the Relationships between Work, Personality, and Well-Being in the Workplace. *Psychology*, 07(06), 753–767. <https://doi.org/10.4236/psych.2016.7607>
- World Health Organization (WHO). (2001). *The World health report: 2001: Mental health: new understanding, new hope*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/42390>
- World Health Organization (WHO). (2025). *Suicide*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Xu, Z., Li, N., Kong, Y., Lin, L., Liu, Y., Zhang, H., He, Y., & Zhao, S. (2024). Nonsuicidal self-injury as the gateway and consequence of suicidal ideation among adolescents: a cross-lagged regression analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 15.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1434191>
- Young, J. E., Ward, C., Ciesielski, E. F., Rygh, J. L., Weinberger, A. D., & Beck, A. T. (2021). Cognitive therapy for depression. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. 6 ed. The Guilford Press.
- Østli, K. (2018). *Listening to suicidal patients in psychotherapy: How therapeutic relationships may expand patients' prospects for living their lives*. (Doktorgradsavhandling). Oslo: Universitetet i Oslo.

8. Appendix

Tabell 1A

Oppsummert uavhengig t-test over utvalget med demografiske karakteristikk, og psykisk helsestatus før behandling

	<i>Ikke selvmordstanker</i>		<i>Selvordstanker</i>		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>N</i>	<i>M (SD)</i>	<i>N</i>	<i>M (SD)</i>			
Alder	577	34.83 (11.43)	280	32.20 (11.22)	3.17	.001	.23
Kjønn	579	.68 (.47)	281	.66(.47)	.39	.70	.03
Sivilstatus	566	.45(.50)	276	.55(.50)	-.2.64	.004	-.19
Utdanning	579	3.56(1.32)	281	3.27(1.30)	3.00	.003	.22
Inntekt	569	3.22(1.34)	274	2.79(1.31)	4.40	.001	.32
Sykemelding- Pre	569	.34(47)	277	.31(.46)	.84	.40	.06
Mestringstro- Pre	442	6.63(1.89)	203	5.33(2.07)	7.85	.001	.67
Selvfølelse- Pre	442	3.79(1.44)	203	2.80(1.34)	8.28	.001	.70
PHQ9-Pre	576	10.63(4.73)	279	14.99(4.34)	-12.96	.001	-.95
GAD7-Pre	578	9.89(4.34)	279	12.40(4.34)	-7.99	.001	-.58
WSAS-Pre	572	18.24(7.86)	278	22.90(6.79)	-8.45	.001	-.62
EQ-VAS-Pre	572	59.88(16.72)	276	50.94(17.61)	7.17	.001	.52

Notat: den avhengige variabelen selvmordstanker er endret til en dikotom variabel der 0 = ikke selvmordstanker og 1 = selvmordstanker.

Notat: Pre = før behandling.

Notat: PHQ-9 er kodet til å ekskludere PHQ9-item9.

Selv mordstanker hos pasienter som mottar behandling på «Rask psykisk helsehjelp» i Trondheim kommune.

Tabell 1B

Oppsummert multiple logistisk regresjonsanalyse med selvmordstanker som avhengig variabel og mestringstro_pre, Selvfølelse_pre, PHQ9_Pre, GAD-7_Pre, WSAS_pre og EQ-VAS_pre, som uavhengige koeffisienter.

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>OR</i>	<i>95% CI</i>	
					<i>LB</i>	<i>UB</i>
Mestringstro_Pre	-.13	.06	.02	.88	.78	.98
Selvfølelse_Pre	-.23	.09	.01	.80	.67	.94
PHQ8-Pre	.14	.03	<.001	1.15	1.08	1.22
GAD-7-Pre	.00	.03	.95	1.00	.95	1.06
WSAS_Pre	.01	.02	.57	1.01	.98	1.04
EQ-VAS_Pre	-.01	.01	.38	.99	.98	1.01

Tabell 1C

Korrelasjonsmatrise med variablene assistert selvhjelp, flere behandlinger, gruppebehandling, Individuellpsykoterapi, psykoedukasjonskurs, alder, kjønn, sivilstatus, utdanning, inntekt, sykemledt-pre, mestringstro-pre, selvfølelse-pre, PHQ-9-pre, GAD7-Pre, WSAS-Pre, EQ-VAS-Pre og selvmordstanker post.

Variabler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	15	15	16	17	18
1.Assistert selvhjelp	-																	
2.Flere behandlinger	.10**	-																
3.Gruppebehandling	.22**	.07*	-															
4.Individuellpsykoterapi	.36**	.11**	.24**	-														
5.Psykoedukasjonskurs	.38**	.12**	.26**	.43**	-													
6.Alder	.06	.01	.05	.10**	.11**	-												
9.Utdanning	.10**	.05	.00	.08*	.03	.17**	.10**	.16**	-									
11.Sykemeldt-Pre	.11**	.02	.07	.11**	.16**	.27**	.03	.08*	.01	.20**	-							
12.Mestringstro-Pre	.11**	.00	.06	.06	.10*	.03	.08*	.04	.08*	.10**	.02	-						
13.Selfølelse-Pre	.05	.02	.11**	.07	.07	.08*	.09*	.04	.10**	.11**	.04	.60**	-					
14.PHQ8-Pre	.12**	.02	.10**	.02	.16**	.09**	.04	.06	.16**	.14**	.13**	.33**	.40**	-				
16.WSAS-Pre	.10**	.00	.00	.04	.06	.05	.00	.02	.09*	.06	.16**	.27**	.29**	.67**	.43**	-		
17.EQ-VAS Pre	.13**	.01	.06	.08*	.08*	.02	.09**	.08*	.07	.12**	.16**	.33**	.39**	.50**	.35**	.48**	-	
18.Selv mordstanker-Post	.15**	.06	.01	.02	.14*	.06	.06	.06	.08	.06	.05	.18**	.32**	.36**	.32**	.23**	.23**	-

Notat: *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Notat: Flere behandlinger er dummykodet der 0 = ikke mottatt flere behandlinger, og 1 = mottatt flere behandlinger.

Gruppebehandling er dummykodet der 0 = ikke mottatt gruppebehandling og 1 = mottatt gruppebehandling.

Individuellpsykoterapi er en dummykodet variabel der 0 = ikke mottatt individuell psykoterapi og 1 = mottatt individuell psykoterapi. Assistert selvhjelp er dummykodet variabel der 0 = ikke mottatt assistert selvhjelp og 1 = mottatt assistert selvhjelp. Psykoedukasjonskurs er dummykodet der 0 = ikke mottatt psykoedukasjonskurs, og 1 = mottatt psykoedukasjonskurs.

Notat: PHQ9-Pre er kodet til å ekskludere PHQ9 item 9.

Tabell 1D

Korrelasjonsmatrise over behandlingsintervensjonene assistert selvhjelp, flere behandlinger, gruppe behandling, individuell psykoterapi og psykoedukasjonskurs.

Variabler	1	2	3	4	5
1.Assistert selvhjelp	-				
2.Flere behandlinger	-.10**	-			
3.Gruppebehandling	-.22**	-.07*	-		
4.Individuellpsykoterapi	-.36**	-.11**	-.24**	-	
5.Psykoedukasjonskurs	-.38**	-.12**	-.26**	-.43**	-

Notat: *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Notat: Flere behandlinger er dummykodet der 0 = ikke mottatt flere behandlinger, og 1 = mottatt flere behandlinger.

Notat: Gruppebehandling er dummykodet der 0 = ikke mottatt gruppebehandling og 1 = mottatt gruppebehandling.

Notat: Individuellpsykoterapi er en dummykodet variabel der 0 = ikke mottatt individuell psykoterapi og 1 = mottatt individuell psykoterapi.

Notat: Assistert selvhjelp er dummykodet variabel der 0 = ikke mottatt assistert selvhjelp og 1 = mottatt assistert selvhjelp.

Notat: Psykoedukasjonskurs er dummykodet der 0 = ikke mottatt psykoedukasjonskurs, og 1 = mottatt psykoedukasjonskurs.

Notat: PHQ8-Pre er kodet til å ekskludere PHQ9 item 9.

Tabell 1E

Oppsumert t-test over utvalget som har respondert på PHQ9-item9-post, sammenlignet med de deltagerne som ikke har respondert på PHQ9-item9-post. Basert på demografiske karakteristikk, og psykisk helsestatus før behandling.

	<i>N</i>	<i>Fullført post</i>	<i>N</i>	<i>Ikke fullført post</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>95% CI</i>	
		<i>M (SD)</i>		<i>M (SD)</i>			<i>LB</i>	<i>UB</i>
Alder	324	36.30 (12.25)	570	32.81 (10.93)	.001	-.31	-.44	- .17
Kjønn	322	.69 (.46)	559	.68(.47)	.69	.03	-.17	.11
Sivilstatus	319	.47(.50)	544	.50(.50)	.52	-.05	-.09	.18
Utdanning	322	3.56(1.31)	558	3.41(1.33)	.11	.11	-.25	.03
Inntekt	318	3.12(1.32)	544	3.06(1.36)	.56	.04	-.18	.10
Sykemelding-Pre	319	.35(.48)	547	.31(.46)	.21	.09	-.23	.05
Mestringstro-Pre	269	6.23(1.94)	392	6.16(2.11)	.45	.06	-.22	.10
Selvfølelse-Pre	269	3.45(1.42)	392	3.52(1.51)	.53	-.05	-.11	.21
Selv mordstanker- pre	319	.43(.70)	541	.42(.67)	.81	.02	-.16	.12
PHQ9-Pre	318	12.26(5.18)	539	11.92(4.95)	.35	.07	-.21	.07
GAD7-Pre	320	10.59(4.39)	540	10.76(4.49)	.57	-.04	-.10	.18
WSAS-Pre	317	19.92(8.21)	536	19.65(7.60)	.64	.03	-.17	.11
EQ-VAS-Pre	319	57.49(18.21)	532	56.68(17.05)	.52	.05	-.18	.10

Notat: avhengig variabel er PHQ9-Item9-Post, som er dummykodet der 0= de som har respondert på itemet, og 1 = de som ikke har respondert på itemet.

Notat: PHQ9Pre er kodet til å ekskludere PHQ9-item9.

Notat: selvmordstanker-pre består av PHQ9-item9-pre.

Notat: Post = etter behandling, Pre = før behandling.