

Selvmordsforebygging i Akutteam ved DPS

– En kvalitativ studie av hvordan høyskoleutdannet helsepersonell i DPS akutteam beskriver selvmordsforebyggende praksis i teamet etter at nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern ble utgitt.

Per Erik Sørum



Masteroppgave i psykososialt arbeid – selvmord, rus, vold og traumer

Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

01.05.12

© Per Erik Sørum

2012

Selvordsforebygging i Akutteam ved DPS

Per Erik Sørum

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Representeralen, Universitetet i Oslo



Navn: Per Erik Sørum	Dato: 01.05.12
<p><u>Tittel og undertittel:</u> Selvmordsforebygging i Akutteam ved DPS – En kvalitativ studie av hvordan høyskoleutdannet helsepersonell i DPS akutteam beskriver selvmordsforebyggende praksis i teamet etter at nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern ble utgitt.</p>	
<p><u>Sammendrag:</u></p> <p><u>Formål:</u> Dette er en mastergradsoppgave som består av to deler. En <i>artikkel</i> og en <i>refleksjonsoppgave</i>. <i>Artikkelen</i> beskriver og kartlegger hvordan høyskoleutdannet helsepersonell i tre ulike DPS akutteam beskriver sin selvmordsforebyggende praksis etter at nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (Sosial- og Helsedirektoratet, 2008) ble utgitt. <i>Refleksjonsoppgaven</i> tar for seg hovedsaklig metodologiske refleksjoner og overveielser som ligger til grunn for studien, men også noen teoretiske.</p> <p><u>Metode:</u> Tre strukturerte kvalitative fokusgruppeintervjuer av tre ulike DPS akutteam ble utført for å generere data. Disse ble transkribert og analysert med systematisk tekstkondensering som er basert på fenomenologisk filosofi. Meningsbærende enheter ble gjennom analyse utviklet til nye beskrivelser. <i>Artikkelen</i> behandler disse. <i>Refleksjonsoppgaven</i> fokuserer på metodologiske refleksjoner og overveielser som har blitt gjort under prosjektet.</p> <p><u>Funn:</u> I <i>artikkelen</i> redegjøres det for de mest sentrale funnene hvor det ble beskrevet ulik praksis knyttet til <i>Grenseoppganger mellom kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, behovet for dokumentering og nødvendigheten av opplæring</i>. Det fremkom også likheter blant teamene i form av blant annet praksis ved screening av pasienter. <i>Refleksjonsoppgaven</i> belyser i hovedsak metodologiske refleksjoner og overveielser, men også teoretiske overveielser og funn som av hensyn til avgrensning av prosjektet og fordi de fremkom i mindre grad blant teamene ikke ble behandlet i artikkelen. Dette er <i>kronisk suicidalitet</i> og <i>No-suicide contracts</i>.</p> <p><u>Konklusjon:</u> I <i>artikkelen</i> fremkommer det at de nasjonale retningslinjene var implementert i ulik grad mellom teamene. Dette kan bero på ulik grad av ledelsesforankring og mangel på en nasjonal definisjon på hvilken reell kompetanse høyskoleutdannet helsepersonell må ha for å vurdere selvmordsrisiko. <i>Refleksjonsoppgaven</i> beskriver hvordan den metodologiske fremgangsdrift i forhold til valg, refleksjoner, og overveielser har vært under arbeidet med prosjektet. Her er det et spesielt fokus på datainnsamling på egen arbeidsplass. Etske dilemmaer knyttet til dette er diskutert i oppgaven.</p> <p>Nøkkelord: DPS akutteam, selvmordsforebyggende praksis, nasjonale kliniske retningslinjer</p>	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET
Institutt for klinisk medisin
Boks 1078 Blindern, 0316 Oslo

Name: Per Erik Sørum	Date: 01.05.12
<u>Title and subtitle:</u> Suicide prevention in crisis resolution home teams. - A qualitative study of how college educated professionals in crisis resolution home teams describes suicide prevention practice in the team after the national guidelines for the prevention of suicide in mental health care was published.	
<u>Summary:</u> <u>Purpose:</u> This is a master degree thesis that consists of two parts. An <i>article</i> and a <i>reflection task</i> . The <i>article</i> describes and studies in what way college educated health professionals in three different teams describes how the national guideline for prevention of suicide in mental health care (Sosial- og Helsedirektoratet, 2008) has affected their practice of suicide prevention. The <i>reflection task</i> discusses mainly methodological reflections and considerations that were made during the process of this study, but also some theoretical. <u>Method:</u> Three structured focus groups interviews with three different teams were conducted to generate data. These were transcribed and analysed using systematic text condensation which is based on phenomenological philosophy. Key findings are described in the <i>article</i> . The <i>reflection task</i> focuses on methodological reflections and considerations that have been made during the project. <u>Findings:</u> The <i>article</i> provides an account of the key findings which revealed different practice connected to the different <i>levels between mapping and assessment of suicide risk, need for documentation and the necessity for educated training</i> . The teams screened all patients for suicide. There were large variations between teams in terms of degree of training, documentation, management support, guidance from doctors and psychologists, as well as securing that competence requirements for assessment of suicide risk was assessed and addressed. The <i>reflection task</i> mainly highlights the methodological reflections and considerations made in this study, but also some theoretical considerations and mentions some less consistently findings that the article does not. This is <i>chronic suicidality and No-suicide contracts</i> . <u>Conclusion:</u> The <i>article</i> describes that the national guidelines were implemented to varying degrees between the teams. This may be due to different levels of management support and lack of a national definition of what kind of competence college educated health professionals needs in order to assess suicide risk. The <i>reflection task</i> describes the methodological progress through the whole study in terms of different choices, reflections and considerations. Some data are collected from the colleagues of the author. Ethical considerations regarding this are being discussed in the task.	
Keywords: Crisis resolution home teams, suicide prevention, national clinical guideline	

Innholdsfortegnelse

SAMLET OPPGAVE

Del 1: Artikkel

Abstrakt.....	s.1
Abstract.....	s.2
Selvmondsforebygging i Akutteam ved DPS.....	s.3
Metode.....	s.4
Funn.....	s.6
Grenseoppganger mellom kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko.....	s.6
Behovet for dokumentering og nødvendigheten av opplæring.....	s.8
Diskusjon.....	s.9
Konklusjon.....	s.11
Referanser.....	s.12

Vedlegg I: Forfatterveiledning til *Suicidologi*

Del 2: Refleksjonsoppgave

1 INNLEDNING.....	s.1
2 METODOLOGISKE REFLEKSJONER OG OVERVEIELSER.....	s.2
2.1 Forskningsdesign og kvalitativ metode.....	s.2
2.1.1 Fenomenologi.....	s.3
2.1.2 Datagenerering og fokusgruppeintervju.....	s.4
2.1.3 Egen forforståelse, bakgrunn og om refleksivitet.....	s.5
2.1.4 Intervjuguide og refleksjoner knyttet til bruken av denne.....	s.6
2.1.5 Strukturerte og ustrukturerte fokusgruppeintervjuer.....	s.8
2.1.6 Strategisk utvalg av informanter til fokusgruppene.....	s.8
2.1.7 Adgang til forskningsfeltet.....	s.9
2.1.8 Informantene i fokusgruppene.....	s.10
2.2 Datainnsamling på egen arbeidsplass.....	s.11
2.3 Relabilitet, validitet og overførbarhet.....	s.12
2.4 Transkribering og analyse av data.....	s.15
2.4.1 Om rapporteringen av funnene i artikkelen.....	s.17
2.5 Refleksjoner knyttet til svar fra informantsjekk.....	s.18
2.6 Etsiske hensyn.....	s.18
3 TEORETISKE REFLEKSJONER OG OVERVEIELSER.....	s.20
4 OPPSUMMERING.....	s.22
REFERANSELISTE.....	s.23

Vedlegg II: Søknad om å benytte akutteam som forskningsfelt

Vedlegg III: Informert samtykke

Vedlegg IV: Intervjuguide til fokusgruppeintervju

Vedlegg V: Kvittering fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Selvmordsforebygging i Akutteam ved DPS

Masteroppgavens del 1:

Artikkelen

Antall ord: 2699

INNHALDSFORTEGNELSE

Abstrakt.....	s.1
Abstract.....	s.2
Selvmondsforebygging i Akutteam ved DPS.....	s.3
Metode.....	s.4
Funn.....	s.6
Grenseoppganger mellom kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko.....	s.6
Behovet for dokumentering og nødvendigheten av opplæring.....	s.8
Diskusjon.....	s.9
Konklusjon.....	s.11
Referanser.....	s.12

Vedlegg I: Forfatterveiledning til *Suicidologi*

Abstrakt

Selvmondsforebygging i Akutteam ved DPS

Bakgrunn: Norske akutteam innen DPS benytter hovedsaklig høyskoleutdannet helsepersonell som hver dag reiser ut og møter potensielt selvmordstruede mennesker. En nasjonal klinisk retningslinje skal bidra til selvmordsforebygging og til at helsepersonell skal bli mer kompetente i håndtering av selvmordsrisiko.

Hensikt: Å utvikle kunnskap om hvordan de nasjonale retningslinjene har påvirket praksis i tre DPS akutteam.

Metode: Tre strukturerte kvalitative fokusgruppeintervjuer av tre ulike team ble utført for å generere data. Disse ble transkribert og analysert med systematisk tekstkondensering som er basert på fenomenologisk filosofi.

Resultater: Alle teamene kartla pasienters selvmordsrisiko i tråd med retningslinjene. Det var store variasjoner mellom teamene i forhold til grad av opplæring, dokumentasjon, ledelsesforankring, veiledning fra leger og psykologer, samt sikring i forhold til at kompetansekravet til vurdering av selvmordsrisiko var vurdert og ivaretatt.

Konklusjon: De nasjonale retningslinjene var implementert i ulik grad i de tre teamene. Dette kan bero på ulik grad av ledelsesforankring, men også en manglende nasjonal definisjon på hvilken reell kompetanse høyskoleutdannet helsepersonell må ha for å vurdere selvmordsrisiko.

Nøkkelord: DPS akutteam, selvmordsforebyggende praksis, nasjonale kliniske retningslinjer

Abstract

Suicide prevention in crisis resolution home teams

Background: Norwegian crisis resolution home teams consists of mainly college educated staff that treats potentially suicidal people. A national clinical guideline targets suicide prevention and for health professionals to become more competent in dealing with suicide risk.

Purpose: To develop knowledge of how the guidelines have affected such a practice in three teams.

Method: Three structured focus group interviews with three different teams were conducted to generate data. These were transcribed and analyzed using systematic text condensation which is based on phenomenological philosophy.

Results: The teams screened all patients for suicide. There were large variations between teams in terms of degree of training, documentation, management support, guidance from doctors and psychologists, as well as securing that competence requirements for assessment of suicide risk was assessed and addressed.

Conclusion: The national guidelines were implemented to varying degrees between the teams. This may be due to different levels of management support and lack of a national definition of what kind of competence college educated health professionals need in order to assess suicide risk.

Keywords: Crisis resolution home teams, suicide prevention, national clinical guideline

Forfatteren erklærer at ingen interessekonflikter er til stede.

Selvordsforebygging i Akutteam ved DPS

Akutteam ved DPS har en overvekt av høyskoleutdannet helsepersonell som hver dag reiser ut og møter potensielt selvmordstruede mennesker. En mastergradsstudent har undersøkt hvordan nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern har påvirket dette arbeidet i tre ulike team.

Siden 1950-tallet har det i vestlige land vært en økende utvikling av tilbud som tilbyr hjemmebehandling og krisevurderinger. Dette er en del av utviklingen innen den såkalte deinstitutionaliseringen, som har ført til nedbyggingen av de store asylene i hele den vestlige verden. (Johnson et al., 2008). I kjølvannet av dette har det vokst frem ulike former for team som arbeider med mennesker i psykiske og psykososiale kriser utenfor døgninstitusjonene (Burns, 2004; Johnson et al., 2008). Norske DPS akutteam har ikke eksistert lenge. I 2003 var det kun tre etablerte team (Ruud et al., 2006). Det ble i 2005 i tråd med opptrappingsplanen for psykisk helse fastslått i stortingsproposisjon 1 at alle landets DPS skulle ha akutteam innen utgangen av 2008. I 2010 var det etablert akutteam i 51 av 76 DPS i landet (Karlsson et al., 2011a). Det er store forskjeller mellom teamene på forhold som blant annet åpningstider, sammensetning av fagfolk, behandlingstid og henvisningsrutiner (Karlsson et al., 2011b). DPS akutteam arbeider mer med depresjon og selvmordsrelaterte kriser enn med for eksempel psykoser og rusrelaterte temaer (Hasselberg et al., 2011).

I 2010 tok 548 personer livet av seg i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2010). Over 90 % av utførte selvmord kan tilbakeføres til mennesker med psykisk lidelse (Cavanagh, 2003). I 2006 ga Helsedirektoratet ut en veileder med anbefalinger for ambulante akutteam: "Du er kommet til rett sted" (Sosial- og Helsedirektoratet, 2006). Her slås det fast at teamene må være spesielt

trent i forhold til å gjøre suicidalrisikovurderinger. I 2008 utga Helsedirektoratet Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (Sosial- og Helsedirektoratet, 2008). Her anbefales det blant annet at alle som kommer i kontakt med psykisk helsevern bør kartlegges i forhold til selvmordsrisiko. Det skilles mellom kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko. Helsedirektoratet mener at leger og psykologer er de to faggruppene som har kompetanse til å vurdere selvmordsrisiko. For annet helsepersonell må dette bero på en vurdering av de faglige kvalifikasjonene de reelt sett innehar. Statens Helsetilsyn skriver i sin årsmelding i 2006 at helsepersonell innen psykisk helsevern ikke har tilstrekkelig kompetanse til å utføre korrekte selvmordsrisikovurderinger og at virksomhetene mangler rutiner innen selvmordsforebyggende tiltak.

Denne artikkelen er basert på en mastergradsoppgave. Forskningsspørsmålet er: ”Hvordan beskriver høyskoleutdannet helsepersonell i DPS akutteam selvmordsforebyggende praksis i teamet etter at nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern ble utgitt?” Hensikten med artikkelen er å belyse og utvikle kunnskap om, og eventuelt hvordan, de nasjonale retningslinjene har påvirket slik praksis i tre DPS akutteam.

Metode

Kvalitativ metode ble valgt fordi forskeren da får nærhet til forskningsfeltet ved en interaksjon som er åpen mellom informant og forsker i stedet for avstand, og en empiri og eksplorerende (induktiv) måte å gå frem på, i stedet for en hypotese- og teoridrevet (deduktiv) måte (Tjora, 2010). Kvalitative studier er fortolkende med fokus på informantenes meningsdannelse, meningenes konsekvenser og opplevelse (Tjora, 2010). Dette er

hensiktsmessig med tanke på problemstillingen hvor vi studerer ansattes beskrivelser av praksis. Fokusgruppeintervju ble benyttet fordi formen er spesielt godt egnet hvis vi ønsker å forske på et miljø hvor flere mennesker samhandler, og vi vil lære om deres synspunkter, holdninger og erfaringer (Malterud, 2011). Helsepersonell i DPS akutteam arbeider sammen, og det er på forhånd nærliggende å tro at de ansatte er vant til å drøfte utfordrende og vanskelig saker som selvmordsrisikohåndtering. Anbefalt antall deltagere i slike intervjuer er mellom fire og seks personer (Kitzinger, 1995). Det ble utført tre fokusgruppeintervjuer med tre forskjellige akutteam ved tre ulike DPS hvor fire personer deltok i hvert intervju. Alle teamene hadde eksistert i flere år før retningslinjene kom i 2008. Alle intervjuer ble foretatt på akutteamenes arbeidsplass. Forskeren er selv ansatt i et DPS akutteam, og et intervju foregikk i dette teamet. Alle intervjuer og analyser er utført av forfatteren alene.

Det ene teamet hadde opptaksområde i distriktet, mens de to andre var i storbyen. Alle de tre intervjuene varte i ca. halvannen time. Det ble foretatt et strategisk utvalg (Wibeck, 2010). Inklusjonskriterier var høyskoleutdannet helsepersonell som hadde vært i teamet i minst ett år før retningslinjene kom, og eksklusjonskriterier var leger og psykologer. Ledere deltok ikke. Hovedvekten av informanter var sykepleiere, som er representativt for norske faggrupper i akutteam (Muusmann/Agenda, 2008). Intervjuguiden var strukturert med punkter til diskusjon som har direkte tilknytning til de nasjonale retningslinjene. Intervjuene ble tatt opp og transkribert ordrett. Analysen ble gjort i tråd med Malteruds (2011) systematiske tekstkondensering som er inspirert av Giorgis fenomenologisk analyse (Giorgi, A, 2009), hvor det søkes etter å erverve kunnskap om informantenes opplevde verden og erfaringer på et gitt område. Systematisk tekstkondensering deles inn i fire trinn. Først handler det om å skape et helhetsinntrykk. Deretter å identifisere enheter som er meningsbærende og systematisere disse under kodegrupper. Tredje trinn handler om å abstrahere de enkelte meningsbærende

enhetenes innhold i kondensater. Til slutt skal betydningen av dette sammenfattes til nye beskrivelser (Malterud, 2011). Studien er godkjent av NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste). Informert samtykke er underskrevet av alle informanter.

Funn

En lesning av alle intervjuene for å få et helhetsinntrykk ga en forståelse av at alle informanter kjente til de nasjonale retningslinjene. Så mange som 70-80 prosent av sakene teamene behandlet var relatert til selvmordsproblematikk. Informantene opplevde seg trygge på å stille spørsmål til alle pasienter om de har eller har hatt selvmordstanker og om de tidligere har forsøkt å ta sitt liv. Ingen hadde opplevd å være involvert i en tilsynssak fra helsetilsynet fordi de personlig hadde utført kritikkverdig selvmordsrisikohåndtering. De arbeidet alltid to og to sammen. Ved analyse av intervjuene utkrystalliserte tre overordnede temaer seg som sentrale i beskrivelsene av de tre teamenes selvmordsforebyggende praksis. Disse temaene var: *Grenseoppganger mellom kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, behovet for dokumentering og nødvendigheten av opplæring.* Teamene deles tilfeldig inn i gruppe A, B, og C.

Grenseoppganger mellom kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko

I analysen av de tre teamene ble denne overskriften om grenseoppganger utviklet – en sammenfatning av en kodegruppe hvor de meningsbærende enhetene omhandlet ulik praksis ved utføring av kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko. Informantene i gruppe A gir

klart inntrykk av at de er enige om at det ikke eksisterer noen uttalt kløft mellom hvem som får kartlegge og vurdere selvmordsrisiko:

Det har ikke vært noe veldig sånn fokus på teamet her egentlig mellom kartlegging og skille mellom det og vurdering. Hvem som kan gjøre hva. For det blir jo diskutert i en del miljøer. Hvem som har kompetansen til å vurdere. Sykepleier og sånn treårig som oss kan få lov til å kartlegge, men vi kan ikke få lov til å vurdere og sånt. Men det er jo ikke noe tema her egentlig.

Teamet hadde fast ansatte psykologer. Legevakt ble benyttet ved behov.

Team B informerte om at sykehusets interne prosedyrer ikke var i samsvar med retningslinjene, og at teamet opplevde dette som utfordrende:

Hvis vi skal følge disse sykehusrutinene til punkt og prikke, så skal det ikke være mer enn én risikofaktor. Hvis det bikker over i to, så må vi kople på en lege/psykolog. Og den dropper vi jo i hele tiden.

På kveldstid og i helger hadde teamet ikke tilgang til de fast ansatte psykologer og lege. Det var da de ofte gjorde vurderinger som de følte seg trygge på. De kunne benytte legevakt på kveldstid og i helger. Dette gjorde de sjelden, og tok heller sakene opp med teamets psykologer og lege i for- eller etterkant, på dagtid ved behov. På dagtid var teamets psykologer og lege også med ut til pasientene.

Team C mente at de på bakgrunn av lang fartstid hadde kompetanse til å gjøre vurdering av selvmordsrisiko, men informantene sa at de ikke ønsket dette ansvaret.

Nei, jeg vil ikke ha det ansvaret. Men – jeg har kompetanse til det. Alle som sitter her har det.

De andre informantene bekreftet dette. Derfor benyttet de legevakt og vaktfunksjon på egen poliklinikk ved alle vurderinger. Teamet hadde ingen ansatt lege eller psykolog. En overlege kom innom en time i uken slik at teamet kunne legge frem saker til drøfting. Ekstravakter uten opplæring hadde blitt sendt ut ved enkelte anledninger uten faste ansatte for å møte potensielt selvmordstruede mennesker. Informantene var bekymret for dette og mente det ikke var forsvarlig.

Behovet for dokumentering og nødvendigheten av opplæring

Alle tre teamene var gjennomgående opptatt av dokumentering av selvmordsrisiko og opplæring. Materialet hadde en overvekt av meningsbærende enheter om temaene som utviklet disse sammenfatningene ved analyse av to kodegrupper. Av hensyn til begrensning av artikkelens omfang presenteres her kort hovedtrekkene fra hvert tema samlet:

Team A opplyste at de hadde en *sertifiseringsordning*. Dette innebar at alle ansatte sikres at de har vært gjennom et visst antall moduler med opplæring på dette området, blant annet skal de gjennomføre mester-/svenn opplæring i tre saker, ha godkjenning av tre journaler, gjennomføre kurs i selvmordsrisikoundervisning, et kurs om etterlatte, og fem timer med diskusjon knyttet til videoen ”Tid for liv”. Informantene var enige om at de mente at retningslinjene hadde ført til et kvalitetsskille når det gjaldt journalføring, i retning av det bedre. Det var rutine at enheten flere ganger i halvåret hadde fagmøte hvor et journalnotat ble

vist i plenum og diskutert. Informantene opplevde at dette skapte kunnskap og trygghet i forhold til nye vurderinger.

Hos team B måtte alle gjennomføre kurs hos spesialist i selvmordsrisikovurderinger. De hadde også et fadderprogram for nyansatte hvor det blant annet ble gjennomført mester-/svenn opplæring med fokus på både pasientkontakt og journalføring. Teamet hadde også, som team A, fagmøte med drøfting av journalnotater i plenum.

Team C hadde først begynt med obligatorisk undervisning i 2011 i form av et tretimers kurs. Dette var utløst av en tilsynssak der DPS-et fikk kritikk. Fadderordning for nyansatte ble startet i 2009, men denne hadde ikke spesielt fokus på selvmordsrisikohåndtering. Det var ingen spesiell opplæring i dokumentasjon, og det ble gjort ulikt. De uttrykte ønske om større likhet og opplæring i journalføringen.

Diskusjon

En svakhet med studien er at alle intervjuer og analyser er utført av forfatteren alene. Et intervju foregikk på forskerens egen arbeidsplass, og dette kan ha påvirket dataene. Kliniske retningslinjer skal bidra til å redusere gapet mellom evidensbasert forskning og praksis (Ploeg et al., 2007). Evidensbasert praksis innebærer at det legges til rette for at klinikerer har et mest mulig solid og oppdatert grunnlag å basere kliniske beslutninger på (Walby, 2003). En vellykket implementering krever forankring i ledelsen (Ness, 2009). Studien viser tydelig dette; team C, som har hatt manglende ledelsesforankring av retningslinjene, har også hatt minst opplæring i praksis og journalføring. At ekstravakter uten opplæring sendes ut alene er i

direkte strid med retningslinjene (Sosial- og Helsedirektoratet, 2008). At informantene opplevde dette som uforsvarlig er forståelig. Team B opplevde diskrepans mellom interne prosedyrer og de nasjonale retningslinjene, fordi lokale prosedyrer ikke var oppdatert i tråd med retningslinjene. Det ble uklart hvilke retningslinjer som gjaldt, de nasjonale eller de lokale? I studier bekreftes det at implementering av retningslinjer må ta høyde for barrierer helt ned til den enkelte utøver (Ploeg et al., 2007). Man har tendens til å undervurdere implementeringsarbeidet med nye retningslinjer, noe praksisen i team B viste. Metodikken med å revidere journaler i plenum ga økt trygghet og kompetanse. Team C, som ikke fikk dette, savnet opplæring i dokumentasjon.

Alle teamene som ble intervjuet mente at de hadde kompetanse til å vurdere selvmordsrisiko. Herrestad og Larsen (2012) foreslår at annet personell skal ha forskningsbasert kunnskap om selvmord, lang klinisk erfaring med selvmordsrisikovurderinger og veiledning av psykologer eller leger. Informantene hadde lang klinisk erfaring, men det var usikkert hvor mye de benyttet veiledning av leger og psykologer når de skulle gjøre vurderinger. Kun ett team sa at de alltid gjorde det. I hvilken grad de hadde kjennskap til forskningsbasert kunnskap om selvmord er usikkert. Det ene teamet opplyste at de var *sertifiserte*. Dette gir de ansatte trygghet i forhold til at ledelsen har tatt ansvaret for å innføre rutiner som sikrer kompetanse og ansvarlighet i tråd med kravene fra de nasjonale retningslinjene. Dette er intern kontroll. Hvorvidt dette innebar at de faktisk hadde tilstrekkelig kompetanse, er vanskelig å vite. En revisjon vil kunne avdekke dette. Alle tre akutteamene har besluttet at de alltid skal være to som undersøker pasientene, noe som kan øke kvaliteten på vurderingene og dermed kompetansenivået (Johnson et al., 2008). Teamene hadde i varierende grad tilknyttet lege og psykolog. Team C hadde kun veiledning av overlege en time i uken. Team A og B hadde

leger og psykologer ansatt i teamene og drøftet alle sakene hver dag. Det sier seg selv at dette gir betydelig forskjell i kvalitetssikringen av vurderingene.

Konklusjon

Hovedfunnet i denne studien er at det var store variasjoner i den selvmordsforebyggende praksis blant de tre undersøkte DPS akutteam i forhold til implementering av de nasjonale retningslinjene. Dette gjaldt kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, opplæring, dokumentasjon, ledelsesforankring og veiledning av leger og psykologer. Et team sendte ut ekstravakter uten opplæring, noe som er i strid med retningslinjene. Alle informanter kartla selvmordsrisiko og alle mente at fokus på dokumentasjon var styrket. Ett av tre team hadde en egen sertifiseringsordning som sikret kravet til kompetanse hos høyskoleutdannet helsepersonell for å vurdere selvmordsrisiko. De andre teamene hadde ikke noe tilsvarende og et team opplevde direkte dissens mellom interne prosedyrer og retningslinjene. Dette kan være en konsekvens av en manglende nasjonal definisjon på hvilken reell kompetanse annet personell enn leger og psykologer må ha for å vurdere selvmordsrisiko. Funnene i denne studien kan være relevante for lignende team og personell som arbeider med selvmordsforebyggende praksis innenfor psykisk helsevern i Norge.

Referanser

Burns, T. (2004). Community mental health teams. A guide to current practices. New York: Oxford University Press

Cavanagh, J.T.O., Carson, A., Sharpe, M., & Lawrie, S. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*; 33 (3): 395-405.

Giorgi, A. (2009). The descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach. Pittsburg, PA: Duquesne University Press.

Hasselberg, N., Gråwe, R.W, Johnson, S., & Ruud, T. (2011). Treatment and outcomes of crisis resolution teams: a prospective multicentre study. *BMC Psychiatry*; 11: 183.

Herrestad, H. & Larsen, K. (2012). Kartlegging, observasjon og vurdering av selvmordsrisiko. RVTS-Øst. Lest 13.01.12.

(<http://ost.rvts.no/Images/assets/dokument/ost/vurdering%20av%20selvmordsrisiko%20jan2012.pdf>)

Johnson S, Needle, J, Bindman, J.P, Thornicraft, G. (2008). Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health. Cambridge: Cambridge University Press.

Karlsson, B., Borg, M., Eklund, M. & Hesook, K.I. (2011b). Profiles of and practices in crisis resolution and home treatment teams in Norway: a longitudinal survey study. *International Journal of Mental Health Systems*; 5:19. Lest 09.03.12: <http://www.ijmhs.com/content/5/1/19>

Karlsson, B., Borg, M. & Sjølie, H. (2011a). En kartleggingsstudie: Ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre. *Sykepleien forskning*; 1 (6): 62-68.

Kitzinger, J. (1985). *Qualitative Research: Introducing focus groups*. *BMJ*; 311:299.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Muusman & Agenda. (2008) *Kartlegging av de Distriktpsikiatriske sentrene i Norge 2008 RAPPORT*. AGENDA Utredning & Utvikling AS. Lest 28.10.11. (http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00080/Kartlegging_av_de_Di_80869a.pdf)

Ness, E. (2009). Opplæringsstrategi for å understøtte de nasjonale retningslinjene for selvmordsforebygging. *Suicidologi*; 14 (1): 8.

Ploeg, J., Davies, B., Edwards, N., Gifford, W. & Miller, P.E. (2007). Factors Influencing Best-Practice Guideline Implementation: Lessons Learned from Administrators, Nursing Staff, and Project Leaders. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*; 4 (4): 210-219.

Ruud, T., Gråwe, R.W., Hatling, T. (2006). Akuttpsykiatrisk behandling i Norge – resultater fra en multisenterstudie. (SINTEF A310) Oslo: SINTEF Helse.

Sosial- og helsedirektoratet. (2006). "Du er kommet til rett sted....." Ambulante tjenester ved distriktpsikiatriske sentre. (IS-1358). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

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

Statens helsetilsyn. (2006). Tilsynsmelding 2006. Oslo: Statens helsetilsyn. Lest. 11.01.12.

<http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding2006.pdf>

Statistisk sentralbyrå. (2010). Dødsårsaker: tabell 1: Dødsfall etter årsak. Hele landet. 1991 - 2010. Oslo: Statistisk sentralbyrå. Lest 25.10.11.

<http://www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak/tab-2011-10-14-01.html>

Stortingsproposisjon nr. 1 (2004-2005). Statsbudsjettet for 2005. Oslo: Finansdepartementet.

Tjora, A. (2010). Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Oslo: Gyldendal.

Walby, F.A. (2003). Evidensbasert psykoterapi: en metode for kliniske beslutninger – ikke et forsknings-design. Impuls, tidsskrift for psykologi. 57 (1): 85-91.

Wibeck, W. (2010). Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod. Lund: Studentlitteratur AB.

Veiledning for forfattere av lengre innlegg/artikler til Suicidologi

Redaksjonen ønsker faglige artikler og innlegg fra hele det suicidologiske fagfelt velkommen.

Selve manuskriptet

Skriv med dobbel linjeavstand og bred venstremarg - 5 cm.

Tekstbehandling: Word 6.0 eller nyere, skrift: Times New Roman, skriftstørrelse: 12.

Lengde: maks. ni A4-sider med dobbel linjeavstand inkl. referanser, hvis ikke annet er avtalt, dvs. 2700 ord. Det tilsvarer tre sider i tidsskriftet.

Lag en kort og konsis tittel. For å oppnå en viss harmonisering mellom artiklene i hvert nummer, kan det skje at redaksjonen forandrer tittelen din.

Bruk gjerne underoverskrifter i artikkelen, dette gjør teksten mer leservennlig. Underoverskriftene settes på egen linje. De må ikke nummereres.

En egen ingress skal innlede artikkelen, der du kort angir tema/problemstilling og ev. resultat.

Et resymé (abstract) på norsk og engelsk må vedlegges artikkelen. Maks. antall ord er 200.

Det er ønskelig at hovedbudskapet angis i noen få punkter som settes i egen ramme.

Alle manuskripter, inkludert inviterte bidrag, blir gjort til gjenstand for en faglig vurdering før beslutning om publisering blir fattet. Suicidologi er et fagfellevurdert tidsskrift, og hvert manus vurderes av fagfeller utenfor redaksjonen. Vi tilstreber en lukket fagfellevurderingsprosess, dvs. at verken forfatternavn eller fagfellevurdereres navn gjøres kjent for partene.

En bekreftelse på at ingen interessekonflikter er til stede, må følge manus. I tilfeller hvor det er interessekonflikter, må det redegjøres for detaljer.

Empiriske studier: I metoddelen må det klargjøres at evt. deltakere har gitt informert samtykke, og at studien er godkjent av etisk komité.

Manuskriptet sendes som vedlegg til e-post. Vi ber deg sende fila i rtf-format for å unngå virusfare.

Send med et bilde + en kort presentasjon av forfatter(ne) med opplysning om yrke/stilling og tidligere erfaring/praksis (se tidligere nr. hvis du er i tvil). Bildet kan være digitalt eller på papir.

Velg gjerne ut 1-3 illustrasjoner som du ønsker skal ledsage artikkelen din.

Fotnoter kan ikke tas med. Ta med aktuelle opplysninger på annen måte!!

Litteratur/litteraturhenvisninger

Når du refererer til litteratur, ber vi deg følge APA 5. utg. (2001) - men med følgende tilpasning for tidsskriftet Suicidologi:

For litteraturhenvisninger i teksten gjelder:

Er det flere enn to forfattere, skal kun den første angis: (Ystgaard et al., 2003).

Generelt gjelder følgende for APA:

VEDLEGG I

Side 2 av 2

Litteraturhenvisninger i teksten angis med forfatternavn og årstall i parentes med komma imellom, f. eks. én forfatter: (Mehlum, 1999), to forfattere: (Rønneberg & Walby, 2008)
Litteraturlista ordnes alfabetisk. Referansene nummereres ikke.

Se også veiledning om APA Style ved Høgskolen i Akershus, Biblioteket:

<http://www.hiak.no/index.php?ID=1311> - med bl.a. norske eksempler

MERK: Navn på tidsskrifter kan forkortes.

Se Index Medicus: <http://www2.bg.am.poznan.pl/czasopisma/medicus.php?lang=eng>

Eksempel på referanseliste med henvisninger til bøker, artikler, bokkapittel og offentlige publikasjoner:

Mehlum, L. (red). (1999). Tilbake til livet. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Miller, A.L., & Hartstein, J. (2002). Fremskritt i dialektisk atferdsterapi for suicidal ungdom. *Suicidologi*, 7(3), 7-10.

Retterstøl, N., Ekeberg, Ø., & Mehlum, L. (2002). Selvmord: et personlig og samfunnsmessig problem. Oslo: Gyldendal akademisk.

Silverman, M. (1996). Approaches to suicide prevention: a focus on models. I Ramsay, R. F., & Tanney, B. L. (eds.). *Global trends in suicide prevention: toward the development of national strategies for suicide prevention*. Mumbai: Tana Institute of Social Sciences.

Rønneberg, U., & Walby, F.A. (2008). Selvmord hos pasienter behandlet i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 128, 180-3.

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

Statens helsetilsyn. (2004). Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter innlagt i norske sykehus etter parasuicid. (IK-2743/2001). Oslo: Statens helsetilsyn.

Statistisk sentralbyrå. (2008). Dødsårsaker 2006: tabell 9: selvmord etter døds måte. 1976-2006. Oslo: Statistisk sentralbyrå. Lest 21. oktober 2008.

<http://www.ssb.no/dodsarsak/tab-2008-06-27-09.html>

Ystgaard M., Reinholdt N. P., Husby, J., & Mehlum L. (2003). Villet egenskade blant ungdom. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 123(16), 2241-5.

Artikkelen/innlegget sendes til

Universitetet i Oslo, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og –forebygging,

"Suicidologi",

Sognsvannsvn. 21, Bygning 12, 0372 Oslo

e-post-adresse: suicidologi@medisin.uio

Forfatterveiledning er hentet fra: (Lest 14.01.12)

<http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/tidsskrift/forfatterveiledning/>

**METODOLOGISKE REFLEKSJONER OG
OVERVEIELSER SOM LIGGER TIL GRUNN FOR
STUDIEN**

Masteroppgavens del 2:

Refleksjonsoppgaven

Antall ord: 7533

INNHALDSFORTEGNELSE

1 INNLEDNING.....	s.1
2 METODOLOGISKE REFLEKSJONER OG OVERVEIELSER.....	s.2
2.1 Forskningsdesign og kvalitativ metode.....	s.2
2.1.1 Fenomenologi.....	s.3
2.1.2 Datagenerering og fokusgruppeintervju.....	s.4
2.1.3 Egen forforståelse, bakgrunn og om refleksivitet.....	s.5
2.1.4 Intervjuguide og refleksjoner knyttet til bruken av denne.....	s.6
2.1.5 Strukturerte og ustrukturerte fokusgruppeintervjuer.....	s.8
2.1.6 Strategisk utvalg av informanter til fokusgruppene.....	s.8
2.1.7 Adgang til forskningsfeltet.....	s.9
2.1.8 Informantene i fokusgruppene.....	s.10
2.2 Datainnsamling på egen arbeidsplass.....	s.11
2.3 Relabilitet, validitet og overførbarhet.....	s.12
2.4 Transkribering og analyse av data.....	s.15
2.4.1 Om rapporteringen av funnene i artikkelen.....	s.17
2.5 Refleksjoner knyttet til svar fra informantsjekk.....	s.18
2.6 Etsiske hensyn.....	s.18
3 TEORETISKE REFLEKSJONER OG OVERVEIELSER.....	s.20
4 OPPSUMMERING.....	s.22
REFERANSELISTE.....	s.23

Vedlegg II: Søknad om å benytte akutteam som forskningsfelt

Vedlegg III: Informert samtykke

Vedlegg IV: Intervjuguide til fokusgruppeintervju

Vedlegg V: Kvittering fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

1 INNLEDNING

Dette er en kvalitativ studie som undersøker hvordan høyskoleutdannet personell i tre ulike DPS akutteam beskriver selvmordsforebyggende praksis i teamet etter at nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (Sosial- og Helsedirektoratet, 2008) ble utgitt. Det finnes ingen kjente studier som tar for seg dette. Mitt utgangspunkt for valg av tema er å undersøke hvordan retningslinjene har påvirket selvmordsforebyggende praksis for høyskoleutdannet helsepersonell i tre av teamene. Den studerer ikke hvorvidt retningslinjene er implementert eller ikke. Studien undersøker og beskriver faktorer og vurderinger som helsepersonellet gjør i dette arbeidet. Bakgrunn for studien, problemstilling, funn, diskusjon og konklusjon er publisert i form av en artikkel (Sørum, 2012). Problemstillingen er av betydning for høyskoleansatt helsepersonell i DPS akutteam som skal møte potensielt selvmordstruede pasienter i sin arbeidshverdag. Dette fordi funnene og drøftingen av disse på tvers av tre ulike slike team i forhold til beskrivelse av selvmordsforebyggende praksis belyses. Dette for eksempel i forhold til hvordan distinksjonen mellom kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko forstås og håndteres. Problemstillingen er også av betydning for å kunne få forståelse av hvordan noen enkelte DPS akutteam forholder seg til retningslinjene tre år etter at de ble utgitt.

I denne refleksjonsoppgaven kunne studenten velge mellom å utdype enten de teoretiske eller de metodologiske overveielser som ligger til grunn for prosjektet. Et alternativ kunne også være å utdype begge deler. Jeg har hovedsaklig valgt å utdype de metodologiske refleksjoner og overveielser som ligger til grunn for studien. Diskusjon gjøres ikke i et eget avsnitt, men fortløpende og underveis. Her drøfter jeg blant annet overførbarhet og således hvilke konsekvenser denne studien kan ha for målområdet som er selvmordsforebyggende praksis i DPS akutteam. Det er også et ekstra fokus på benyttelse av egen arbeidsplass som arena for datainnsamling. Noen teoretiske refleksjoner er også gjort fortløpende underveis og også i et eget avsnitt. Til slutt kommer jeg med en kort oppsummering.

2 METODOLOGISKE REFLEKSJONER OG OVERVEIELSER

Med metode menes det i denne sammenheng en vitenskaplig fremgangsmåte og dette innebærer en verifiserbar og systematisk protokoll helt fra starten av ideen til prosjektet og til slutten i form av rapportering av resultatet (Hjerm & Lindgren, 2011). Her omfatter en slik plan de faglige forforståelsene, teorier, empiriske data, metoder, problemstillingen og den kunnskapen som allerede finnes for feltet (Halkier, 2010). Et viktig begrep i dette henseende er *transparens* (Tjora, 2010), som også er kalt *gjennomsiktighet*. Dette er et av de viktigste krav til forskning og innebærer at en undersøkelse skal gjøres nettopp gjennomsiktig slik at leseren skal kunne følge hvilke valg som til enhver tid blir gjort av forskeren. Diskusjoner om hvilke problemer som har oppstått, hvilke teorier som er blitt benyttet og hvordan de har fungert skal foretas slik at leseren kan vurdere studiens troverdighet. Dette handler om systematikk (Tjora, 2010). Med referanse til dette vil jeg nå gjennom de følgende avsnittene gjøre mine valg i forhold til metode gjennomsiktige.

2.1 Forskningsdesign og kvalitativ metode

Forskningsdesign innebærer prosedyrer og planer fra vage antagelser til datasamling og analyser gjennom detaljerte metoder (Creswell, 2009). Valg av forskningsdesign baserer seg også på forskerens personlige erfaringer og kunnskap, problemstillingens natur og publikumet studiet er ment for (Creswell, 2009). Ulike design passer til ulike problemstillinger (Jacobsen, 2003). Riktig design for forskningsprosjektet er viktig da dette har store konsekvenser for studiens pålitelighet (Jacobsen, 2003). Ulike metoder frembringer ulike dataresultater og hovedsaklig går dette skillet mellom kvalitative og kvantitative data (Halvorsen, 2002). Denne studien har kvalitativt design.

Kvalitativt design passer til denne studiens problemstilling i forhold til at den utforsker og studerer dynamiske prosesser ved kjente og ukjente fenomener (Malterud, 2011). Den kvalitative forskeren får nærhet til forskningsfeltet ved en interaksjon som er åpen mellom informant og forsker i stedet for avstand, og en empiri og eksplorerende (induktiv) måte å gå frem på i stedet for en hypotese- og teoridrevet (deduktiv) måte (Tjora, 2010). Kvalitative studier er gjerne fortolkende med fokus på informantenes meningsdannelse, meningenes konsekvenser og opplevelse (Tjora, 2010). Dette er hensiktsmessig med tanke på problemstillingen.

2.1.1 Fenomenologi

Forskeren må ta stilling til hvilken strategi innen kvalitativt design som vil være den mest hensiktsmessige (Denzin & Lincoln, 2011). Denne studien benytter seg av strategier inspirert av fenomenologisk metode (Giorgi, 2009). Ifølge McWilliam (2010) kan en fenomenologisk tilnærming bidra til å skape forståelse for hvordan helsetjenester påvirker mennesker. Fenomenologien handler i utgangspunktet om bevissthet og opplevelse, men er gjennom årene også blitt utvidet til å omfatte den erkjennelses verden mennesket befinner seg i (Kvale & Brinkmann, 2009). Innen kvalitativ forskning benyttes fenomenologi som et interessebegrep slik at aktørene fra sin side skal kunne forstå sosiale fenomener ut fra sine egne perspektiver, og samtidig kunne beskrive verden slik de blir opplevd av informantene. Dette ut fra en forståelse at den virkeligheten mennesket oppfatter er den "virkelige" virkeligheten. En fenomenologisk reduksjon kan beskrives slik at en mest mulig fokuserer bort fra forhåndskunnskap og setter denne "i parentes" for å kunne finne frem til en fordomsfri beskrivelse av fenomenene (Kvale & Brinkmann, 2009). Gjennom et fenomenologisk perspektiv fokuserer man på hvordan aktørene i hverdagen danner mening og erfaring gjennom handling (Halkier, 2010). Fenomenologisk inspirert strategi anses som egnet til denne studiens problemstilling da den studerer helsepersonells erfaringer med bestemte fenomener.

2.1.2 Datagenerering og fokusgruppeintervju

Innen kvalitativ forskning er intervjuer i ulike former den mest benyttede metoden for å generere data (Tjora, 2010). Her kan nevnes for eksempel dybdeintervjuer, semistrukturerte intervjuer og fokusgruppeintervjuer (Tjora, 2010). Denne studien benytter seg kun av fokusgruppe intervjuer. Denne formen for gruppeintervju innebærer at en mindre gruppe med personer møtes på forskerens oppfordring for å diskutere et gitt emne sammen (Wibeck, 2010). Fokusgrupper har som mål å erverve innsikt på et bestemt og avgrenset tema, i et ikke-truende miljø, og kjennetegnes ved at de er diskusjoner som er nøye planlagt på forhånd (Krueger & Casey, 2009). To vesentlige momenter ved slike intervjuer er muligheten til å registrere oppfatningene til flere personer samtidig som diskusjonen kan styres inn på noen forhåndsbestemte temaer (Tjora, 2010). Spesielle trekk ved fokusgrupper er at den ledes av en moderator som initierer intervjuet, men selve diskusjonen skal skje fritt mellom deltagerne mens moderatoren følger med og kan gripe inn for å styre fokus ved behov (Wibeck, 2010).

Fokusgrupper er spesielt godt egnet hvis vi ønsker å forske på et miljø hvor flere mennesker samhandler og vi vil lære om deres synspunkter, holdninger og erfaringer (Malterud, 2011).

Med tanke på denne studiens problemstilling hvor det er ønskelig å frembringe data på fenomener som opplevelse, erfaring, holdninger og synspunkter i et miljø hvor flere arbeider vurderes det at fokusgruppeintervju er et hensiktsmessig verktøy. Helsepersonell i DPS akutteam arbeider sammen og det er nærliggende å tro på forhånd at de ansatte er vant til å drøfte utfordrende og vanskelig saker som selvmordsrisikohåndtering. Samtidig er fokusgruppeintervjuer egnet for å diskutere følsomme temaer og det er viktig at moderatoren forsøker å skape en stemning slik at informantene kan diskutere personlige og motstridende synspunkter (Kvale et al., 2009). Det er tre forskjellige fokusgrupper som utgjør datagrunnlaget for denne studien. Ifølge Malterud (2011) er dette en fordel da samme gruppe kan bli ensidig og overfladisk fordi moderatoren styrer strukturert dialogen.

2.1.3 Egen forforståelse, bakgrunn og om refleksivitet

Dette er en empirisk studie og i slik forskning er det viktig at det reflekteres over hvordan tolkning av data foregår (Tjora, 2010). Ved å rapportere om slike refleksjoner i studiens rapport bidrar dette til at studiens troverdighet øker (Tjora, 2010). Refleksivitet handler om en aktiv holdning som innebærer at forskeren skal kontinuerlig oppsøke refleksjoner med egne posisjoner og forestillinger (Malterud, 2011). Konklusjoner og resultater som forskeren hadde med seg på forhånd må det være vilje og evne til å forkaste underveis. Her er det viktig at forskeren deler sin forforståelse og hypoteser med den som skal lese rapporten slik at leseren kan forstå hvordan et bestemt resultat kom frem (Malterud, 2011).

Jeg er utdannet vernepleier med flere videreutdanninger, blant annet psykisk helsearbeid slik de fleste informantene i dette studiet har. Siden 2007 har jeg arbeidet i DPS akutteam. Privat har jeg ikke opplevd selvmord i familie eller i nær omgangskrets. Årsaken til at jeg ble interessert i hvordan ulik praksis innen selvmords forebyggende arbeid i DPS akutteam arter seg er at jeg fort ble klar over at det er et magert og begrenset evidensgrunnlag for akutteamenes praksis (Burns, 2004; Johnson, Needle, Bindman & Thornicraft, 2008). Ved å arbeide i ulike team så jeg at det var store forskjeller på både opplæring og hvor mye ansvar helsepersonell fikk i forhold til å håndtere selvmordsrisiko.

De nasjonale retningslinjene ble interessante som et utgangspunkt for å finne ut hvordan praksis i enkelte akutteam er da jeg ikke har funnet noen konkret tidligere undersøkelse av dette, selv om flere har skrevet om ulik praksis i teamene. Her kan nevnes for eksempel Herrestad og Biong (2011), som har publisert en kvalitativ undersøkelse om hvordan helsepersonell i et DPS akutteam beskriver og forstår ”håpefull praksis” hos pasientene de møter, og hvordan håp kan bidra til å endre en fastlåst situasjon. Her setter de også lys på dilemmaer som helsepersonell i DPS akutteam kan komme i når de møter selvmordstruede personer. Jeg har reflektert over om jeg har en statisk og rigid holdning til egen forforståelse, noe jeg mener at jeg ikke har. Dette også fordi variasjonene er ganske store blant de ulike teamene slik at det ville være meningsløst å ikke kunne være i stand til å fortløpende legge egne forhåndsforestillinger til side når nye data foreligger.

Jeg har reflektert over om informantene i akutteamene utenfor egen arbeidsplass ble påvirket av at jeg var ansatt i et lignende team. Kunne dette føre til at de opplevde at de måtte bevise noe? At de ikke skulle være noe dårligere enn hva jeg for eksempel var vant til? At dataene skulle bli påvirket av dette mener jeg er en naturlig refleksjon. Her tror jeg fokusgruppeintervjuene har bidratt til at dette i så fall har blitt i mindre grad hvis det har forekommet. Fokusgruppeintervjuene skaper diskusjon og dynamikk slik at det ville være unaturlig for informantene å sitte sammen og skape et uriktig bilde av deres felles praksis, noe som kanskje kunne ha forekommet i et individuelt intervju.

2.1.4 Intervjuguide og refleksjoner knyttet til bruken av denne

Som allerede nevnt er det viktig å forsøke å sette sin egen forforståelse til side for å kunne fordomsfritt komme frem til ny viten. Dette kan ifølge Malterud (2011, s 97) kalles for *bracketing* hvor forutsetninger som er våre egne "settes i parentes" når vi står foran nye data. Allikevel må moderatoren initiere intervjuet med et bestemt fokus. En temaguide kan inneholde punkter som peker på fenomener som er interessante ut fra de teoretiske avklaringene som er gjort på forhånd (Malterud, 2011). Spørsmål i intervjuguiden bør formes slik at de åpner for at synspunkter kan bygge på andres kommentarer som svar på spørsmålet slik at ikke det svares direkte til moderatoren (Krueger & Casey, 2009). Spørsmålene bør være enkle, tydelige og korte. De bør også variere naturlig mellom de ulike punktene til diskusjon (Krueger & Casey, 2009). Intervjuguiden i denne studien (se vedlegg) er i en strukturert form hvor jeg har valgt å ha med mange punkter til diskusjon. Dette for å legge føringer slik at informantene gjennom intervjuet er innom punkter som er interessante ut fra den teoretiske referanserammen i dette prosjektet. Guidens spørsmål ble utformet med utgangspunkt i min egen erfaring og teori slik Postholm (2005) sier at spørsmålene i fenomenologiske studier skal være.

Alle intervjuene foregikk slik at jeg sørget for at gruppene var innom alle punktene ved for eksempel å trekke frem relevante punkter når diskusjonen mellom deltagerne fløt utover tema. Noen ganger kom deltagerne naturlig innpå punkter i intervjuguiden uten at jeg nevnte dem. Dette viste at de valgte punktene i intervjuguiden var hensiktsmessig valgt i utgangspunktet og en bekreftelse av at de var valgt fornuftig ut fra fagstoffet. I alle intervjuene ble rekkefølgen på punktene forskjøvet ettersom deltagerne kom innpå punktene selv før de ble nevnt. Som Postholm (2005) skriver så er det viktig at spørsmålene i fenomenologiske studier ikke blir praktisert ved en sirlig og punktvis spørring. I de to gruppene utenfor egen arbeidsplass var det litt forskjell i dynamikken som foregikk under intervjuet. Det ene teamet hadde erfaringer fra at en forsker hadde utført mange flerstegsfokusgrupper med dem. Dette førte til at intervjuet hadde en god flyt og deltagerne diskuterte og henvendte seg mest til hverandre slik fokusgruppe skal være. Jeg stilte av og til spørsmål ut fra punkter som ikke de kom naturlig innom og jeg kom av og til med små "oppsummeringer" for å få bekreftet av deltagerne at jeg hadde forstått dem riktig. I den andre gruppen utenfor egen arbeidsplass hadde deltagerne ingen erfaringer med fokusgrupper og visste lite om gangen i et slikt intervju. Jeg brukte derfor litt tid innledningsvis for å forklare dette. Allikevel bar dette intervjuet mer preg av at deltagerne henvendte seg mer til meg enn til hverandre og det var litt mer utfordrende å få dynamikken til å skje mellom dem enn i det første intervjuet. Etter hvert valgte jeg å inkludere et tredje fokusgruppeintervju fra egen arbeidsplass. Dette intervjuet bestod av fire kvinner som alle hadde vært ansatt siden før 2008. Jeg hadde ingen personlig relasjon til noen av dem, men en balansert kollegarelasjon. Dette var to sykepleiere, en sosionom og en som hadde cand.philol utdannelse fra universitetet. Den sistnevnte og den ene sykepleieren hadde også videreutdanning i psykisk helsearbeid. De var heller ikke kjent med intervjuformen, men etter en kort introduksjon ble de i stand til å diskutere hovedsaklig med hverandre. Her var jeg hele tiden bevisst på å opprettholde en distansert og upartisk posisjon gjennom intervjuet (Repstad, 2007).

2.1.5 Strukturerte og ustrukturerte fokusgruppeintervjuer

Et fokusgruppeintervju er mer strukturert enn ustrukturert desto mer moderatoren styrer interaksjonen i gruppen (Wibeck, 2010). Intervjuet er mer ustrukturert desto mer informantene får snakke med hverandre enn med moderatoren. Ved mange spørsmål å svare på vil intervjuet være tiltagende strukturert. Er det kun et åpent tema som informantene kan prate åpent rundt vil intervjuet være mer ustrukturert (Wibeck, 2010). I forhold til intervjuguiden er dette viktig. Denne studien har en strukturert form på intervjuet og dette betyr at intervjuguiden har flere punkter og spørsmål til diskusjon og at moderatoren styrer mer enn ved ustrukturerte intervjuer. Strukturerte fokusgruppeintervjuer er hensiktsmessige når det gjelder følsomme temaer (Wibeck, 2010). En forforståelse fra studentens side i dette prosjektet er at temaer som handler om de ansattes ansvar i forhold til å ha ansvar for andre menneskers liv må være følsomme for deltagerne. Dette støttes også i de nasjonale retningslinjene (Sosial- og Helsedirektoratet, 2008) hvor selvmordsforebyggende arbeid beskrives som både følelsesmessig og faglig utfordrende. Vurdering av selvmordsrisiko er blant de vanskeligste undersøkelsene som gjøres i psykiatrien og medisinen (Retterstøl, Ekeberg & Mehlum, 2002; Simon, 2011). Strukturerte intervjuer gjør også at moderatoren kan styre mer slik at alle informantene kan delta i tilfeller hvor noen blir tause (Wibeck, 2010). Denne studien har noe av det laveste antallet informanter som er anbefalt i fokusgrupper og således er det viktig at moderatoren kan ha muligheten til å styre inn tause deltagere for å få mer data.

2.1.6 Strategisk utvalg av informanter til fokusgruppene

Innen kvalitativ forskning er utvalgene av mindre størrelse slik at de ikke kan være valgt tilfeldig (Halkier, 2010) og informantene må kunne snakke om det aktuelle tema på en reflektert måte (Tjora, 2010). I denne studien er det gjort et strategisk utvalg (Wibeck, 2010). Dette innebærer at informantene er valgt ut med tanke på problemstillingens formål. Dette for å bli i stand til å skape økt forståelse og innsikt på et dypere plan ved å la noen få mennesker

uttale seg om et bestemt emne (Wibeck, 2010). Her er det viktig å ivareta viktige karakteristika som problemstillingen representerer slik at utvalget gjenspeiler disse (Halkier, 2010). Derfor består utvalget av informanter som har sin arbeidsplass i DPS akutteam.

Fagstoffet viser at flere forfattere (Kvale et al., 2009; Tjora 2010; Krueger, R.A. & Casey, M.A. , 2009) anbefaler ulike antall deltagere i fokusgrupper. Wibeck (2010) anbefaler at antall deltagere i en fokusgruppe ikke er mer enn seks deltagere og ikke færre enn fire. Denne studien har valgt å legge seg på et antall av fire deltagere i hver fokusgruppe. Studien består av et datagrunnlag basert på tre fokusgruppeintervjuer fra tre forskjellige grupper. Årsakene til at utvalget består av fire personer i hver gruppe er flere. Et viktig poeng er at mindre grupper fører til at informantene føler seg trygge og at faren for prestasjonsangst blir svekket (Tjora, 2010). Dette er viktig for problemstillingens natur. Andre grunner er at små grupper anbefales når det er sensitive temaer og at større grupper fort kan splitte opp dynamikken i subgrupper som blir utfordrende å analysere (Halkier, 2010). Fokusgruppene i studiet er homogene grupper, noe som er fornuftig med tanke på at jeg sammenligner grupper og at like grupper har et solid felles erfaringsgrunnlag som diskusjonen baserer seg på (Jacobsen, 2005).

2.1.7 Adgang til forskningsfeltet

For å få adgang til forskningsfeltet startet jeg med å fylle ut søknad til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) (se vedlegg) fordi prosjektet behandler personopplysninger (Thagaard, 2009). NSD godkjente prosjektet. Forskningshåndbokens (Carlsen, Staff, Arnesen, Bechensteen, Jacobsen & Omenaas, 2009) anvisninger i forhold til å få formelle godkjenninger på sykehus ble fulgt. Enhetsledere på akutteamene ble kontaktet. De to første akutteamene som ble kontaktet ga inntrykk av å være ambivalente. Først virket det ene teamet meget interessert, deretter uteble svar fra e-post og purringer ga lite resultat. Det andre teamet måtte også oppgis etter uteblivelse av svar. Det tredje og fjerde teamet som ble kontaktet var meget positive. Derfor sendte jeg informasjonsskriv til øverste ledere for hvert av sykehusene som teamene sognet til. Disse var positive til undersøkelsen. Søknader til

de lokale personvernombudene på hvert sykehus hvor intervjuene skulle skje ble sendt og godkjent. For egen arbeidsplass, se eget avsnitt.

Informert samtykke er basert på et prinsipp om at målsettingen med prosjektet og fremgangsmåten er nøye informert om til deltagerne slik at de vet at deltakelse er fullt ut frivillig og kan trekkes uansett ved enhver tid gjennom prosjektets gang (Thagaard, 2009). Derfor ble enhetslederne ved hver av de to akutteamene spurt om de kunne velge ut informanter blant sine ansatte. For at dette skulle bli så frivillig som mulig valgte jeg akutteam hvor jeg ikke kjente noen ansatte fra før (se punktet om refleksivitet). Enhetslederne valgte ut fire ansatte fra sine team som ønsket å bli med. Disse fylte ut skjemaene for informert samtykke som jeg fikk returnert.

2.1.8 Informantene i fokusgruppene

På bakgrunn av at sykepleiere er rapportert som den størst representerte gruppen i norske og engelske faggrupper i akutteam (Muusmann/ Agenda, 2008; Burns, 2004) var det nærliggende å inkludere sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Eksklusjonskriterier var leger og psykologer. Det var også satt som krav at informantene skulle ha arbeidet i teamet i minst ett år før retningslinjene kom i 2008. Dette viste seg å bli vanskelig å få til i sin helhet. De to teamene var tverrfaglig sammensatt som DPS akutteam skal være. Sykdom i det ene teamet og en misforståelse i det andre førte til følgende: Det ene teamet bestod av tre sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid og en barnevernspedagog med master i psykisk helse. Her hadde to av disse vært ansatt i teamet i mange år før 2008, mens en startet i 2008 og den siste noen måneder før intervjuet tok sted. Alle disse var kvinner. Det andre teamet bestod av to menn og to kvinner. Tre var sykepleiere med videreutdanning, mens den siste informanten var sosionom. Med tanke på at dette er team som arbeider akutt, og med få ansatte på arbeid til enhver tid, er dette allikevel tilfredsstillende i forhold til utvalget. Begge gruppene ble tross alt dominert av sykepleiere. I hver gruppe hadde over halvparten av informantene vært ansatt før 2008. Hovedgruppen var også sykepleiere med videreutdanning.

I forespørslene til enhetsledere inngikk det at jeg ønsket kjønnsbalanse så langt det lot seg gjøre. Dette er vanskelig i helsevesenet som har en overvekt av kvinner, noe som gjenspeilet seg i informantene i det første intervjuet. Jeg ønsket også å intervju team i både rurale og urbane strøk for å tilstrebe geografisk spredning. Dette har latt seg gjøre. Dette er ikke en kvantitativ undersøkelse hvor det søkes representativitet og hypotesegenerering, men jeg har allikevel valgt å tilstrebe faktorer som kjønnsbalanse, geografiske forskjeller og hovedfokus på videreutdannede sykepleiere for å få en variasjon i utvalget og fordi at dette også har rot i relevant teori (Muusmann/ Agenda, 2008; Burns, 2004). Etter hvert utvidet jeg datagrunnlaget med ytterlige et fokusgruppeintervju på egen arbeidsplass. Dette siste teamet hadde sitt opptaksområde av pasienter i et urbant strøk.

2.2 Datainnsamling på egen arbeidsplass

Etter å ha utført to fokusgruppeintervjuer av akutteam som jeg ikke kjente fra før ble jeg gjennom veiledning minnet på at det er mulig å foreta empiriske undersøkelser på egen arbeidsplass. Dette hadde jeg først lagt vekk som mulighet for å kunne ha større avstand til forskningsfeltet. Allikevel ble dette interessant da det fører til økt mengde og større variasjon i data. Thagaard (2009) viser til at det er viktig at det ikke blir for stor sosial avstand mellom intervjuer og informant da dette kan føre til skepsis hos informanten og dårlig kvalitet på intervjuet. Her påpekes også at det er fordelaktig at intervjueren kjenner miljøet fra før og kan vekke tillit (Thagaard, 2009). I dette er det viktig å tenke på at tillit kan misbrukes og at etiske hensyn blir tatt. Ifølge Malterud (2011) som viser til dette med å forske på kollegaer, så må vi reflektere over hvordan vi selv ville ha reagert i etterkant hvis en kollega forsket på oss selv. Her nevnes det at vi ikke har noen rett til at de som gir oss tillit skal krenkes for undersøkelsens fordel. Skulle vi sette informantene i et mindre flatterende bilde på en slik måte ville dette også vært i strid med det informerte samtykket (Malterud, 2011). Jeg har derfor gjennom hele prosessen reflektert over dette, tatt det opp gjennom veiledning og vært åpen ovenfor kollegaer om min forforståelse og at det ikke er noen baktanker med studien i forhold til personlige motiver. Ifølge Malterud (2011) er det også slik at i tilfeller hvor

bedring av helsepraksis undersøkes, er det viktig at også hensynet til pasientenes tilbud vektlegges.

For å kunne bli i stand til å intervju ansatte på egen arbeidsplass måtte jeg velge en litt annerledes fremgangsmåte enn hva jeg gjorde med de to første intervjuene. Først sendte jeg endringsmelding til NSD og fikk godkjent dette tredje intervjuet, og at det foregikk på arbeidsplassen. Jeg var tydelig ovenfor min enhetsleder at jeg allerede hadde intervjuet to andre akutteam og informerte henne om hva jeg hadde kommet frem til av funn der, slik at hun skulle vite hva jeg allerede hadde funnet og at disse ville bli faglig diskutert opp mot hvordan praksis i hennes team var. Enhetsleder ønsket at vårt akutteam skulle delta og derfor sendte jeg forespørsel til øverste leder med samme informasjon. Han ga også sitt tilsagn. Deretter søkte jeg, og fikk tillatelse av det lokale personvernombudet ved sykehuset. Jeg valgte ikke å informere mine kollegaer om at jeg nå ønsket å intervju noen av dem, slik at de ikke skulle føle seg presset til å delta. Jeg snakket kun med enhetsleder som skulle være tydelig ovenfor de som ble spurt at jeg ikke fikk vite det hvis de ikke ønsket deltagelse. Hun godkjente prosjektet og stod til tjeneste med å velge ut og spørre fire av mine kollegaer som passer med utvalget om å delta. Hun kom tilbake med fire underskrevne informerte samtykker.

2.3 Relabilitet, validitet og overførbarhet

Begrepet *reliabilitet* handler om kritisk vurdering av et prosjekt i forhold til om det er gjennomført på en tillitsvekkende og pålitelig måte (Thagaard, 2009; Malterud 2011). Her refereres det til spørsmålet om prosjektets resultat ville blitt det samme hvis en annen forsker benyttet de samme metodene for å komme dit og bekrefte det samme (Thagaard, 2009). Reliabilitet kan sammenlignes med pålitelighet (Thagaard, 2009). Spørsmål her er også om informantene ville endre sine svar hvis noen andre intervjuet dem (Kvale et al., 2009). En måte å styrke påliteligheten til en undersøkelse på er at forskeren lar andre forskere gå

gjennom dataene, eller deler av dette for å kunne analysere og diskutere funnene slik at disse lar seg sammenligne (Wibeck 2010; Malterud, 2011). Alle intervjuer, feltnotater, analyser og diskusjoner av funnene er ensidig utført av studenten personlig. Malterud (2011) og Wibeck (2010) viser til at det kan være vanskelig å finne noen som tar på seg et slikt arbeid. Her vises det til at det er en fordel selv om det bare er bruddstykker som en annen forsker går gjennom (Malterud, 2011; Wibeck, 2010). Dette har som sagt ikke latt seg gjøre selv om forsøk på dette har blitt gjort. Dette er en åpenbar svakhet ved studien.

En styrke ved dette prosjektet i forhold til påliteligheten er at det er samme forsker som har utført alle intervjuene (Malterud 2011, Wibeck, 2010; Kvale et al., 2009). Påliteligheten øker også når forskeren viser fortløpende til sin egen forforståelse og fortløpende refleksjoner (Tjora, 2010).

Med validitet så kan dette også forstås som troverdighet og gyldighet (Thagaard, 2009). Validitet handler om spørsmålet i forhold til om vi har benyttet en egnet metode i forhold til det vi skal undersøke (Kvale et al., 2009). Her nevnes det at en slutning som er valid skal være korrekt ut fra premissene (Kvale et al., 2009). Malterud (2011) skiller mellom intern og ekstern validitet. Hun sier at intern validitet dreier seg om de ulike begreper og metoder i forhold til å kartlegge som vi har benyttet for å studere de valgte fenomenene, har vi valgt feil veier kan vi ikke regne med at resultatene blir gyldige i forhold til hva vi leter etter (Malterud, 2011). I denne studien har jeg formet intervjuguide og utledet problemstilling fra relevant litteratur for de fenomenene jeg studerer. Jeg har rettet søkelyset mot det feltet som er aktuelt og hvor det er sannsynlig at gyldige data kan erverves ved å intervju DPS akutteam. Det er også benyttet relevant teoretisk referansestamme for å diskutere funnene. Kvalitativ metode og fokusgruppeintervju er hensiktsmessige verktøy i denne studien. Jacobsen (2005) viser til validering gjennom flere måter, blant annet at validering kan forekomme gjennom kritisk vurdering av kilder og informasjon. Dette har jeg gjort fortløpende gjennom arbeidet med analysen og reflektert rundt om disse er informantenes reelle utsagn eller mine egne konstruksjoner. Dette også ifølge Kvale & Brinmann (2009) som viser til at validering handler om å sjekke kildene slik at feil kan bli oppdaget og tatt stilling til.

Jeg har også gjennom intervjuene stoppet opp og sjekket ut med informantene om jeg har forstått dem riktig, noe som øker validiteten (Malterud, 2011). Anonymiserte transkripsjoner har også blitt sendt tilbake til akutteamene for informantsjekk. De lå på hvert team i en uke før jeg fikk dem tilbake med korrigeringer på hva jeg hadde tolket feil. Det var ikke mange tilbakemeldinger på informantsjekkene, men allikevel nyttige for å luke ut feilkilder. Noen steder så jeg tydelig at jeg hadde misforstått. En informant hadde en tydelig tilbakemelding på informantsjekken og dette tar jeg opp i et eget avsnitt senere. Ifølge Malterud (2011) og Wibeck (2010) øker validiteten når intervjuet finner plass der hvor informantene føler seg trygge og ikke i et fremmed miljø. Alle intervjuene i denne studien fant sted på deltagerens arbeidssteder.

Malteruds (2011) skille mellom intern og ekstern validitet innebærer at ekstern validering handler om overførbarhet. Dette innebærer at vi må reflektere over hvilke andre kontekster våre funn kan tenkes å gjelde for utover den lokale konteksten vi har undersøkt (Malterud, 2011). På bakgrunn av at jeg har sett på den teoretiske referansestammen som viser at DPS akutteam i Norge ikke jobber etter intensjonen, og med varierte arbeidsmetoder (Karlsson, Borg, Eklund & Kim 2011; Hasselberg, Gråwe, Johnson & Ruud, 2011) har jeg valgt å intervju tre uavhengige team, nettopp for å se om slike variasjoner også forekommer i det selvmordsforebyggende arbeidet i teamene. Dette er få grupper og de er kun intervjuet en gang, noe som fører til en begrensning i forhold til oppnåelse av metningspunkt til data. Metningspunkt til data innebærer at det er samlet såpass mye data at det anses at mer data ikke vil nødvendigvis si så mye mer om problemstillingen (Malterud 2011; Kvale et al., 2009). Derfor kan ikke det sies å være oppnådd i denne studien og trolig ville enda flere intervjuer ført til rikere og flere beskrivelser. Allikevel har det fremkommet at teamene er preget av store variasjoner i forhold til hvordan retningslinjene har påvirket praksis, og således at kunnskapen fra denne studien kan tenkes å være overførbare til tilsvarende forhold og team. Dette med tanke på ledelsesforankring og intern kontroll av retningslinjene.

2.4 Transkribering og analyse av data

Analyse av kvalitative data har den målsettingen at den skal gjøre det oversiktlig og mulig for leseren å erverve ny kunnskap på det aktuelle forskningsfeltet uten å måtte gjennomgå hele datamaterialet selv (Tjora, 2010). Analysen av data begynner allerede når forskeren er ferdig med innsamling av data fra den første fokusgruppen (Wibeck, 2010). Kvale & Brinkmann (2009) advarer mot å sette seg i en vanskelig situasjon hvor det blir samlet inn for mye data slik at forskeren opplever dette uoverkommelig. I denne studien benyttet jeg to lydopptakere (en ekstra for sikkerhet i tilfelle den første sviktet eller at opptaket skulle bli dårlig) og transkriberte intervjuene kort etter de var foretatt. I de to første gruppene satt jeg igjen med henholdsvis 27 og 23 tettskrevne sider. Dette var et omfattende arbeid og den største utfordringen var at jeg ikke visste hvem informantene var fra før. Derfor måtte jeg ofte gå tilbake til starten av intervjuet hvor de presenterte seg for å registrere hvem som var hvem, fordi noen stemmer virket like og det var vanskelig å skille informantene. Heldigvis hadde noen deltagere dialekt og noen hadde en mer tydelig og bestemt stemme enn andre. Allikevel var det noen som hørtes ut som samme person til tross for at det var to forskjellige. Her tror jeg at informantsjekken (Kvale et al., 2009; Malterud, 2011) var til nytte. Alle informanter så gjennom transkripsjonen og ingen kommenterte på at de var tillagt andres replikker. På egen arbeidsplass var dette selvsagt ikke et problem da jeg kjente alle stemmene. Den ene gruppen utenfor egen arbeidsplass hadde ingen kommentarer på informantsjekken og kjente seg igjen i innholdet. I den andre gruppen fikk jeg noen korte tilbakemeldinger (se eget avsnitt). På egen arbeidsplass førte heller ikke informantsjekken til noen reaksjoner, alle deltagere så gjennom den. Denne siste transkripsjonen fra egen arbeidsplass ble på 17 sider.

Transkripsjonene ble skrevet ut ord for ord. Tydelige pauser og latter ble registrert. Noen veldig få steder viste det seg umulig å gjenkjenne hva som ble sagt. Her ble dette markert med hvor mange sekunder dette var utydelig. I analyseprosessen opplevde jeg det som nyttig å tenke meg tilbake til intervjusituasjonen og kunne se for meg deltagerne igjen, hvor de satt, enkelte nonverbale signaler og de fysiske uttrykk som kunne supplere data. Før jeg begynte med analysen fra rådata til temaer og koder, abstrahering og lagning av kondensater og nye beskrivelser leste jeg gjennom transkripsjonen tre ganger for å danne meg et inntrykk av åpenbare temaer og gjennomgående trender.

Analysen av de kvalitative data kan gjøres på forskjellige måter (Wibeck, 2010; Kvale et al., 2009, Malterud, 2011). Viktig er at analysen foregår slik at leseren kan følge den veien som er blitt valgt på en systematisk måte (Malterud, 2011). Ut fra rådataene velger vi ut de potensielle delene som kan gi ny kunnskap. Malteruds (2011) *Systematiske tekstkondensering* (Malterud, 2011, s 96) er en strategi for å analysere data på som ikke stiller krav til at forskeren må være teoretisk omfattende trent i forkant. Jeg har derfor valgt å følge denne strategien på bakgrunn av at jeg ikke har tidligere erfaring i å analysere data og for å sikre en forsvarlig fremgangsmetode slik at analysen kan blir oversiktlig.

Systematisk tekstkondensering er ifølge Malterud (2011) inspirert av fenomenologisk metode (Giorgi, 2009) hvor det søkes etter å erverve kunnskap om informantenes opplevde verden og erfaringer på et gitt område. Systematisk tekstkondensering deles inn i fire trinn. Først handler det om å skape et helhetsinntrykk. Deretter å identifisere enheter som er meningsbærende og systematisere disse under kodegrupper. Tredje trinn handler om å abstrahere de enkelte meningsbærende enhetenes innhold i kondensater. Til slutt skal betydningen av dette gjennom rekontekstualisering sammenfattes til nye beskrivelser (Malterud, 2011).

I tråd med disse fire trinnene leste jeg som sagt gjennom alt materialet tre ganger. Dette for å finne temaer som var i øyenfallende. Med tanke på at dette er en studie med strukturert intervjuguide var det mange naturlige likheter mellom gruppene. Allikevel så jeg enkelte store forskjeller mellom dem, og noen ulike fenomener fremkom på tvers av gruppene. I lesingen for å få helhetsinntrykk kom jeg frem til noen hovedtemaer som varierte mellom gruppene som jeg hadde med meg i minnet. Deretter begynte identifiseringen av meningsbærende enheter og kode disse. Dette var utfordrende. Både markørpenner, utklipping av sitater, utlegging av alle ark fra transkriberingene på gulvet, samt lagning av ulike filmapper med klipp og lim på datamaskinen ble benyttet. Dette var nyttig og jeg fant ut at meningsbærende enheter som i utgangspunktet virket isolerte faktisk handlet om mye av det samme. Jeg kom frem til noen forskjellige koder for hver fokusgruppe som meningsbærende tekst biter ble lagt under. Deretter gikk jeg gjennom kodene og sorterte disse slik at jeg fikk flere subgrupper under kodene. Et kunstig sitat basert på sitater fra informantene og begrepene som fremkom ble fattet i korthet for hver av subgruppene. Dette ble da en kondensering og således en sammenpressing av innholdet.

Disse kondenseringene brukte jeg i siste trinn hvor jeg laget innholdsbeskrivelser for de ulike kodegruppene jeg endte opp med. Således ble det foretatt en rekontekstualisering i form av gjenfortellinger. En analytisk tekst ble laget for de ulike kodegruppene. Prosessen var utfordrende og tok tid. Til slutt ble kodegruppene gitt overskrifter som ble nye beskrivelser. Disse funnene er beskrevet i artikkelen. Hele tiden under analysearbeidet jobbet jeg aktivt med å legge min egen forforståelse og hva teorien har sagt meg vekk for å være trofast mot informantene og de data som jeg jobbet med. Allikevel var det viktig å ha fokus på problemstillingen og intervjuguiden slik at jeg hele tiden kunne følge med på om dataene hadde sammenheng med disse. Dette førte også til at problemstillingen ble endret til *beskrivelser* av akutteamenes praksis, i stedet for hvordan retningslinjene har påvirket de ansattes *opplevelser av trygghet og kompetanse* som var arbeidstittelen i starten av prosjektet.

2.4.1 Om rapporteringen av funnene i artikkelen

I redegjørelser for studier kan analyser enten være *vertikale* eller *horisontale* (Wibeck, 2010; Rausch, 1998). *Horisontal* analyse vil være passende for denne studien da den har flere grupper med samme yrkesrolle som også diskuterer samme tema. Dette innebærer at alle trender og temaer som går igjen i gruppene gjøres rede for i en og samme rapport. En *vertikal* rapport i dette tilfellet ville innebære at hver gruppe gjøres rede hver for seg og at likheter mellom de tre gruppene gjøres rede for til slutt, noe som en *horisontal* analyse ikke tillater (Wibeck, 2010; Rausch, 1998). Derfor har jeg valgt å benytte en horisontal rapporteringsform i artikkelen hvor funnene i alle tre teamene presenteres og diskuteres samtidig.

2.5 Refleksjoner knyttet til svar fra informantsjekk

Tilbakemelding fra en informant gjennom informantsjekken gjorde at jeg måtte reflektere ekstra over dette. Informanten var gjennom intervjuet tydelig på at han ikke hadde inntrykk av at retningslinjene på noen måte hadde påvirket teamets praksis, fordi han mente at teamet siden oppstart noen år før 2008 hadde arbeidet helt i tråd med retningslinjene. Informanten viser til linjer i transkripsjonen hvor andre informanter beskriver at de har en opplevelse av at kvaliteten på journalføringen har blitt bedre etter at retningslinjene kom. Han skriver at han ikke kan forstå at det ble formidlet slik. Transkripsjonen har derfor blitt gått gjennom flere ganger etter dette. Ifølge Wibeck (2010) så er det lett for forskeren å overvurdere sin egen evne til fortolkning da det er lett å misforstå det som sies og derfor må man ofte vende tilbake til rådata, transkripsjoner og analyser flere ganger. Det er viktig å være lojal mot informantenes stemmer. Derfor har jeg reflektert rundt dette og tatt dette opp i veiledning. Mangfoldige gjennomganger av lydopptaket, transkripsjonen og analysen førte til at det var vanskelig å legge mye av disse dataene til side for å følge denne informantens kommentar på transkripsjonen. Allikevel var det viktig å stoppe opp, gå gjennom materialet og reflektere rundt dette. En styrke i dette kunne ha vært at jeg hadde fått en utenforstående til å tolke dataene i det minste på enkelte utdrag (Wibeck, 2010). Dette har som sagt vist seg å være vanskelig å få til, noe som er en klar svakhet ved dette prosjektet.

2.6 Ethiske hensyn

Denne studien er rapportert til NSD (Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste) og fortløpende endringer er meldt på nytt. Ytterligere fire endringsmeldinger ble sendt og godkjent etter at den opprinnelige søknaden ble godkjent. Dette blant annet i forhold til at forskningsspørsmålet ble noe endret. Studien er ikke meldt til REK (Regionale Etisk Komité) da den ikke behandler pasientdata eller personlige opplysninger. Lokale personvernombud, øverste ledere og enhetsledere ved alle tre sykehusene har godkjent studien. Spørsmål av

privat karakter ble ikke stilt til informantene og intervjuene var frivillige. Informert samtykke fra de som ble intervjuet ble innhentet i forkant og de kunne trekkes tilbake under hele prosessen. Dataene ble oppbevart i låst rom og transkripsjoner ble anonymisert. Kodenøkkel ble oppbevart i låst skap på arbeidsplass. Alle data og kodenøkkel vil bli destruert etter at prosjektet er fullført. Et av fokusgruppeintervjuene ble foretatt på egen arbeidsplass. Jeg har allerede under punktet om egen arbeidsplass sagt noe om mine etiske vurderinger og handlinger rundt dette. Pål Repstad (2007) problematiserer dette med å forske på kollegaer. Her fremkommer det at dette kan la seg gjøre, men forskeren må forsøke å opprettholde det å være upartisk og distansert. En fare kan også faglig være at forskeren favoriserer data fra arbeidsplassen og ikke driver med kritisk forskning (Repstad, 2007). I mitt tilfelle har jeg holdt dette høyt oppe under hele prosessen. Dette fordi det er viktig at jeg ikke favoriserer mitt arbeidssteds data, mens jeg driver med kritisk forskning og diskusjon av de andre akutteamene. Alle tre teamene har jeg vært bevisst på at har blitt analysert og diskutert på samme premisser under hele prosessen.

3 TEORETISKE REFLEKSJONER OG OVERVEIELSER

For å kunne bli i stand til å få oversikt over fagfeltet, tidligere studier, hva som allerede er gjort og skrevet i forhold til empiri og teori har jeg fortløpende under hele studiet søkt etter relevant fagstoff. Dette fordi en teoretisk referanse ramme ofte endres, spesifiseres og modifiseres ettersom feltarbeid, lesing og analyse av data fører til en mer hensiktsmessig kobling mellom materialet og problemstillingen (Malterud, 2011). Det er blitt anbefalt å søke en bibliotekar om bistand for å kunne bli i stand til å legge opp en søkestrategi som først går bredt ut og deretter innsnevres slik at den presiseres (Ludvigsson, 2002). Det må også søkes ulike og flere databaser da disse har ulik innretning og omfang slik at litteratur søket blir fullstendig (Carlsen et al., 2009). På bakgrunn av dette valgte jeg å søke bistand hos en bibliotekar som veiledet meg i dette for å kvalitetssikre søkene. Da dette tar lang tid har jeg måtte utføre noen av søkene på egen hånd. Relevant teori ble knyttet til funnene i denne studien.

Med tanke på at dette var tre fokusgruppeintervjuer som ble ført ut fra en strukturert intervjuguide var det ikke overraskende at det fremkom noen direkte svar på noen av punktene, for eksempel i forhold til screening som handler om å spørre pasienter om de har eller har hatt selvmordstanker og om de tidligere har forsøkt å ta sitt liv. Her var alle informanter tydelige på at de alltid spurte, og at de var trygge på dette. Ifølge Jessen og Holtan (2009) samsvarer dette med det forfatterne kaller *kyndig praksis* som betyr at hjelperen erkjenner sitt ansvar, kan spørre direkte og har kunnskap om at det er mulig å ha en dialog om selvmord uten at dette fremprovoserer suicidal atferd. Dette er også utgangspunktet for det retningslinjene beskriver som *kartlegging*. Her er det beskrevet et antall risikofaktorer og hvis pasienten har noen av disse bør kompetent lege eller psykolog kontaktes for *vurdering* av selvmordsrisiko. Teamene kartlegger alltid i tråd med denne prosedyren. Allikevel var det gjennom analyse av materialet noen overordnede temaer som utkrystalliserte seg som mer sentrale, informantene vendte stadig tilbake til dem og disse gikk igjen på tvers av punktene i intervjuguiden. Disse temaene var: *Grenseoppganger mellom kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, dokumentering og opplæring*. Disse temaene har jeg presentert i artikkelen.

Det fremkom også andre funn som var interessante som jeg ikke har behandlet i artikkelen. Dette fordi disse ikke fremkom i like stor grad i analysens første trinn hvor intervjuene ble lest gjennom i forhold til et helhetsinntrykk. Noen meningsbærende enheter fremkom også kun i et intervju. Derfor har jeg valgt ikke å fokusere på disse, også med tanke på avgrensing av oppgaven. Her laget jeg disse nye beskrivelsene for to kodegrupper: *kronisk suicidalitet* og bruk av *no-suicide contracts*. De nasjonale retningslinjene (Sosial- og Helsedirektoratet, 2008) omtaler kronisk suicidalitet og viser til utfordringer knyttet til at disse pasientene har forhøyet selvmordsrisiko på lang sikt og at dette også gjelder grunnproblematikken som har en langvarig karakter. Engelsk faglitteratur (Johnson et al., 2008) beskriver også at akutteam har utfordringer knyttet til denne gruppen med pasienter. Det anbefales at pasienter med kronisk suicidalitet behandles utenfor sykehus (Paris, 2011) og en større oppgave kunne med fordel ha fokusert på funnene og diskutert disse opp mot relevant teori. No-suicide contracts ble nevnt kun av ett team. Allikevel kom teamet tilbake til dette flere ganger i intervjuet og en større oppgave kunne med fordel ha belyst teoretiske og forskningsmessige dilemmaer knyttet til dette. Slike kontrakter kan for eksempel innebære at pasienter lover at de ikke skal ta sitt liv innen en avtalt tidsperiode og avtalene kan være både skriftlige og muntlige (Garvey, Penn, Campbell, Espesito-Smythers, & Spirito, 2009; Edwards & Sachmann, 2010). No-suicide contracts er det behov for mer forskning på og de bør benyttes varsomt blant annet fordi pasienter kan oppleve at helsepersonell benytter disse for å fraskrive seg ansvar og de kan gi falsk trygghet (Garvey et al., 2009; Edwards et al., 2010).

Fra før har det blitt påpekt usikkerhet om akutteamene har de faglige kvalifikasjonene som må til for å møte mennesker i psykiske kriser (Bergerud, Møller, Larsen, Veenstra & Ruud, 2009; Kolbjørnsrud, Larsen, Elbert & Ruud, 2009). Denne studien sier noe om hvordan det selvmordsforebyggende arbeidet i noen enkelte akutteam foregår. Den setter lys på hvordan tverrfaglighet og faglig robusthet varierer mellom teamene og problematiserer dette. Ifølge Karlsson, Borg, Eklund & Kim (2011) og Hasselberg, Gråwe, Johnson & Ruud (2011), arbeider norske DPS akutteam forskjellige i forhold til sammensetning, mandat, åpningstider og de arbeider ikke slik de opprinnelig var ment. Denne studien tilføyer kunnskapsfeltet viten om at det også er variasjoner og forskjeller mellom teamene i det selvmords forebyggende arbeidet. Disse beskrives og drøftes i artikkelen.

4 OPPSUMMERING

Dette er en refleksjonsoppgave som i hovedsak har belyst metodologiske refleksjoner og overveielser knyttet til dette mastergradsprosjektet. Noen teoretiske overveielser er også drøftet underveis. Kvalitativ metode og fokusgruppeintervju ble valgt som metode for å kunne bli i stand til å generere data til dette mastergradsprosjektet. Dette fordi denne metoden ble ansett som best egnet for å frembringe data om et teams synspunkter, opplevelse og holdninger i et miljø hvor flere arbeider sammen i forhold til vanskelige temaer som selvmordskartlegginger og vurderinger. Strukturert intervjuguide ble benyttet for å sikre at relevante temaer rundt de nasjonale retningslinjene ble berørt i intervjuene og fordi at dette er følsomme temaer. Et intervju ble foretatt på egen arbeidsplass. Her ble det foretatt ekstra tiltak slik at informantene ikke skulle oppleve seg presset til å delta og kontinuerlig selvdisciplin hos forskeren ble bevisstgjort slik at alle tre teamene ble undersøkt på like premisser. Egen forforståelse og bakgrunn hos forskeren selv påvirker studiet og derfor er disse beskrevet og delt med leseren.

Alle intervjuer, transkriberinger og analyser er gjort av forskeren alene. Dette er en åpenbar svakhet ved studiet. Malteruds (2011) systematiske tekstkondensering ble benyttet for å analysere de tre transkriberte intervjuene. Tre overordnede temaer utkrystalliserte seg og disse er beskrevet i artikkelen. Resultatene som har kommet frem viser at det er store forskjeller blant teamene. Dette med tanke på selvmordsforebyggende praksis i forhold til opplæring, dokumentasjon, ledelsesforankring og intern kontroll for å sikre at kompetansekravet til vurdering av selvmordsrisiko er ivaretatt. To andre temaer ble ikke beskrevet i artikkelen. Dette fordi de ikke gikk igjen i alle temaene, de ble ikke omtalt i like stor grad og for å avgrense studiet. Dette var *kronisk suicidalitet* og bruk av *no-suicide contracts*. En større oppgave kunne med fordel ha fokusert på disse.

REFERANSELISTE

Bergerud, T., Møller, P., Larsen, F., Veenstra, M. & Ruud, T. (2009). Krisepost ved distriktpsikiatrisk senter reduserer ikke akuttinnleggelser i sykehus. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 19 (129), 1973-6.

Burns, T. (2004). *Community mental health teams. A guide to current practices*. New York: Oxford University Press.

Carlsen, K.C.L, Staff, A., Arnesen, H., Bechensteen, A.G., Jacobsen, A.F. & Omenaas, E. (2009). *Forskningshåndboken. Fra idè til publikasjon*. Oslo: Oslo Universitetspsykehus HF, Ullevål.

Creswell, J.W.(2009). *Research design. Qualitative, quantitative, and mixed methods Approches*. London: SAGE Publications.

Denzin. N.K. & Lincoln, Y.S. (2011). The discipline and practice of qualitative research. I Denzin. N.K. & Lincoln, Y.S. (red.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (s. 1-42). London: SAGE Publications.

Edwards, S.J. & Sachmann, M.D. (2010). No-suicide contracts, no-suicide agreements, and no-suicide assurances. A study of their nature, utilization, perceived effectiveness, and potential to cause harm. *Crisis*, 31 (6), s. 290–302. Lest 23.01.12.
<http://psycnet.apa.org/journals/cris/31/6/290.pdf>

Garvey, K.A., Penn, J.V., Campbell, A.L., Espesito-Smythers, C. & Spirito, A. (2009). Contracting for safety with patients: Clinical practice and forensic implications. *Journal of the American Acadamey of Psychiatry and the Law*, 37 (3), 363-70. Lest 23.01.12.
<http://www.jaapl.org/content/37/3/363.full.pdf>

Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach*. Pittsburg, PA: Duquesne University Press.

Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal.

Halvorsen, K. (2002). *Forskningsmetode for helse- og sosialfag -en innføring i samfunnsvitenskaplig metode*. Oslo: J.W. Cappelen.

Hasselberg, N., Gråwe, R.W., Johnson, S. & Ruud, T. (2011). An implementation study of the crisis resolution team modell in Norway: Are the crisis resolution teams fulfilling their role? *BMC Health Services Research*. 11:96 Lest 07.02.12. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/96>

Herrestad, H. & Biong, S. (2011). Inspirere og tilrettelegge for å skape bevegelser i fastlåste situasjoner. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8 (2) 109-119. Oslo: Universitetsforlaget.

Hjerm, M. & Lindgren, S. (2011). *Inntroduksjon til samfunnsvitenskaplig analyse*. Oslo: Gyldendal.

Jacobsen, D.I. (2003). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i samfunnsvitenskaplig metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Jacobsen, D.I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskaplig metode. 2. utgave*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Jessen, P.B. & Holtan, A. (2009). Selvmordsforebyggende arbeid – fagfolks forståelse av kyndig praksis. *Suicidologi*. 14 (3), 24-27.

Johnson S, Needle, J, Bindman, J.P, Thornicraft, G. (2008). *Crisis resolution and home treatment in mental health*. Cambridge: Cambridge University Press.

Karlsson, B., Borg, M., Eklund, M. & Kim, H.S. (2011). Profiles of and practices in crisis resolution and home treatments in Norway: a longitudinal survey study. *International Journal of Mental Health Systems*. 5:19 Lest 07.02.12. <http://www.ijmhs.com/content/5/1/19>

Kolbjørnsrud, O.B., Larsen, F., Elbert, G. & Ruud, T. (2009). Kan psykiatrisk akutteam redusere bruk av akutt plasser ved sykehus? *Tidsskrift for den norske legeförening*, 19 (129), 1991-4.

Krueger, R.A. & Casey, M.A. (2009). *Focus groups. A practical guide for applied research*. London: SAGE Publications.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal.

Ludvigsson, J.F. (2002). *Att börja forska. - inom medicin och vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. 3. utgave*. Oslo: Universitetsforlaget.

McWilliam, C.L. (2010). Phenomenology. I Bourgeault, I., Dingwall, R. & de Vries, R. (red.), *The Sage handbook of qualitative methods in health research*. (Kap 12. s. 229-248). London: SAGE Publications Ltd.

Muusman & Agenda. (2008) Kartlegging av de distriktpsikiatriske sentrene i Norge 2008 Rapport. Agenda utredning & utvikling AS. Lest 28.10.11.
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00080/Kartlegging_av_de_Di_80869a.pdf

Paris, J. (2011). Reducing suicide risk in personality disorders. The state of current evidence. I: Pompili, M. & Tatarelli, R. (red.), *Evidence-based practice in suicidology. A source book*. (s. 339-347). Canada: Hogrefe Publishing

Postholm, M.B. (2005). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforlaget

Rausch, M. (1998). Analyzing and reporting focus group results. I Krueger, R.A. (red.), *Analyzing & reporting focus group results. The focus kit, no 6*. (Kap 8. s. 94-96). London: SAGE Publications.

Repstad, Pål. (2007). *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag. 4. reviderte utgave*. Oslo: Universitetsforlaget.

Retterstøl, N., Ekeberg, Ø. & Mehlum, L. (2002). *Selv mord. - et personlig og samfunnsmessig problem*. Oslo: Gyldendal.

Simon, R.I. (2011). Improving suicide risk assessment with evidence-based psychiatry. I: Pompili, M. & Tatarelli, R. (red.), *Evidence-based practice in suicidology. A source book*. (s. 45-54). Canada: Hogrefe Publishing.

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

Sørum, P.E. (2012). Selvmordsforebygging i Akutteam ved DPS. *Suicidologi*. 17 (1), 4-6 (I trykk).

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal.

Wibeck, W. (2010). *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

Per Erik Sørum
Skullerudveien 59
1188 Oslo

Søknad om å benytte Akutteamet ved _____ som forskningsfelt for masteroppgave ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, UiO.

Viser til telefonsamtale med Dem _____ hvor jeg ringte for å forespørre om muligheten til å benytte ansatte ved _____ DPS akutteam til fokusgruppeintervju.

Undertegnede søker med dette å rekruttere helsepersonell ved akutteamet på DPS _____. Dette for å gjennomføre et kvalitativt fokusgruppeintervju i arbeidet med min masteroppgave ved Universitetet i Oslo, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. Tittelen som foreløpig er en arbeidstittel på oppgaven er: "Selvmordsforebyggende arbeid i DPS akutteam. Helsepersonells opplevelse av trygghet og kompetanse knyttet til håndtering av selvmordsrisiko etter at Nasjonale retningslinjer for selvmord i psykisk helsevern ble innført". Det er ikke gjort studier av dette før. Helsepersonell i DPS akutteam møter i sitt daglige arbeid ofte potensielt selvmordstruede pasienter som de første fagfolk innen psykisk helsevern. Retningslinjene pålegger dette helsepersonellet mer ansvar i forhold til kartlegging av selvmordsrisiko enn tidligere. Min studie tar sikte på å undersøke om helsepersonell innen DPS akutteam opplever at Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern har virket inn på deres opplevelse av trygghet og kompetanse til å håndtere selvmordsrisiko. Dette er også spesifisert av helsedirektoratet at de ønsker at retningslinjene skal bidra til. Jeg vil gjennom studiet intervju tre Akutteam totalt. To team i storbyen, og et i distriktet. Begge innen DPS.

De data som skaffes frem ved fokusgruppeintervjuet skal i hovedsak anvendes i min masteroppgave. Det kan være at det også vil bli aktuelt å presentere funn fra intervjuene ved foredrag. Jeg er masterstudent ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. Mitt arbeidssted er for tiden akutteamet på DPS Vinderen, Diakonhjemmet sykehus. Jeg er utdannet vernepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Jeg ønsker å intervju helsepersonell i akutteamet ved DPS _____ ved Deres sykehus. Dette i et fokusgruppeintervju som vil ha en varighet på ca en og en halv time. Jeg vil også be om anledning for andregangsintervju hvis dette eventuelt skulle bli behov for. Dette hvis det skulle oppstå behov for videre utforskning av tema. Det er ønskelig at intervjuet og eventuelle oppfølgingsintervju kan foretas i de ansattes arbeidstid, og på arbeidsplassen. Følgende inklusjonskriterier for deltagerne vil være:

- Treåring helsefaglig grunnutdanning.
- Videreutdanning i psykisk helsearbeid.
- Må ha arbeidet i teamet i minst et år før retningslinjene kom i 2008.
- Er villige til deltagelse i intervjuet.

Det totale antall deltagere i gruppeintervjuet er maksimalt seks personer. Minimum vil være fire personer. Samtidig er det ønskelig med mest mulig kjønnsbalanse blant deltagerne. Eksklusjonskriterier for deltagelse er leger og psykologer.

Jeg har allerede kontaktet enhetsleder _____ i dette teamet. Hun har fått informasjon om studien og er positiv til å rekruttere deltagere blant de ansatte. Før jeg kan avtale med henne om tidspunkt for intervju er dette avhengig av godkjenning fra Dem, samt godkjenning fra personvernombudet ved _____.

Denne studien som er en del av min masteroppgave, følger de retningslinjer som er gjeldende for å sikre anonymitet og konfidensialitet for deltagerne. Vedlagt ligger samtykkeerklæring og informasjonsbrev. Når det gjelder samtykkeerklæring og informasjonsbrev, vil jeg besørge disse utlevert og innhentet igjen. Vedrørende kostnader tilknyttet undersøkelsen for enheten, er det ingen øvrige kostnader utover den arbeidstid intervjudeltagerne avsetter til intervju, samt enhetslederens arbeidstid i forhold til prosessen med å velge ut ansatte og levere ut/ motta informasjonsskriv/ samtykkeerklæring tilbake.

Studien er meldt til Norsk Samfunnsvitenskaplige datatjeneste AS (NSD), og vil bli meldt til personvernombudet ved _____ ved tillatelse fra Dem. Så snart de nødvendige tillatelser foreligger i forhold til tilgang til forskningsfeltet, vil jeg å kontakte enhetsleder _____ på nytt for å gjøre konkret avtale om intervju.

Prosjektets tidsramme er normert til å vare fra høst 2011 og frem til sommer 2012. Med dette håper jeg at en ferdig oppgave kan etter sensurering bli sendt for mottakelse til Deres akutteam i begynnelsen av høsten 2012.

Undertegnede håper at denne henvendelsen inneholder tilstrekkelig nok med informasjon slik at den kan bli vurdert. Ved behov for flere opplysninger, eller at noe er uklart, kan jeg bli nådd på 942 89 225. E-post. pereriksorum@yahoo.no. Min veileder Ewa Ness kan også kontaktes på 90 15 00 88 ved Oslo universitetssykehus, klinikk psykisk helse og avhengighet.

Håper med dette på et positivt svar.

Med vennlig hilsen

Per Erik Sørum

Vedlegg:

Prosjektplan.

Informasjonsskriv med samtykkeerklæring.

Temaguide til intervju

Forespørsel om å delta i fokusgruppeintervju i forbindelse med en masteroppgave
(Informert samtykke)

Jeg er masterstudent i psykososialt arbeid - selvmord, rus, vold og traumer (erfaringsbasert master) ved Universitetet i Oslo, og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er selvmordsforebyggende arbeid i DPS akutteam. Oppgaven tar sikte på å undersøke om helsepersonell i akutteam opplever at Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern har virket inn på deres opplevelse av trygghet og kompetanse til å håndtere selvmordsrisiko.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju tre forskjellige DPS akutteam hver for seg. Jeg har valgt å intervju to akutteam i byen, og et i distriktet. Her inkluderer jeg helsepersonell som har treårig helsefaglig grunnutdanning med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Disse skal også ha arbeidet i teamet i ett år før retningslinjene kom i 2008. Psykologer og leger vil ikke bli inkludert. Oppgaven har et kvalitativ design og jeg vil benytte meg av fokusgruppeintervju. Dette innebærer at jeg vil intervju mellom 4 og 6 ansatte samtidig i en gruppe. Jeg vil benytte båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil skje på din arbeidsplass i arbeidstiden. Varigheten på intervjuet vil være mellom ca. 1 og 1,5 time. Din leder har blitt forespurt om å velge ut ansatte jeg kan forspørre om å intervju ut fra inkluderingskriteriene jeg har nevnt ovenfor.

Spørsmålene i fokusgruppeintervjuet vil dreie seg om hvordan de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern har påvirket de ansattes opplevelse av trygghet og kompetanse til å håndtere selvmordsrisiko. Som en del av oppgaven vil jeg også spørre litt om hvordan helsearbeiderne opplever at dokumenteringen er i forhold til kartlegging av selvmordsrisiko.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, senest innen utgangen av 2012. Hvis du trekker deg på et tidlig tidspunkt vil din stemme ikke bli tatt med i transkribering og analyse, men stemmen på opptaket vil måtte være der frem til hele opptaket slettes når oppgaven er ferdig.

Dersom du har lyst til å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 94 28 92 25, eller sende en e-post til pereriksum@yahoo.no. Du kan også kontakte min veileder Ewa Ness på 90 15 00 88 ved Oslo universitetssykehus, klinikk psykisk helse og avhengighet.

Studien er meldt til Personvernet for forskning, Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen: Per Erik Sørsum, Skullerudveien 59, 1188 Oslo

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien av selvmordsforebyggende arbeid i DPS akutteam og ønsker å stille på intervju.

Signatur:..... Telefonnummer:.....

Intervjuguide til fokusgruppeintervju

Innledende spørsmål:

Kan Dere si noe kort om hvor lenge Dere har arbeidet i akutteam, samt hvilken utdanning og kompetanse Dere har?

Er Dere kjent med Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern?

Punkter til diskusjon

- Hvordan forstår Dere forskjellen mellom kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko.
- Spørres alle pasienter som ikke tidligere har vært i kontakt med psykisk helsevern om de har eller har hatt selvmordstanker eller selvmordsplaner og om de noen gang har gjort selvmordsforsøk?
- Kan Dere huske hvordan dette var før retningslinjene kom? Ble disse pasientene spurt da?
- Hvordan opplever Dere dette med å spørre pasientene om disse temaene?
- Hvilke risikofaktorer, tilstander og/ eller fenomener mener Dere at det er viktig å observere?
- Hva kjennetegner de situasjoner hvor Dere som psykisk helsearbeidere opplever at Dere har behov for at en lege eller psykolog vurderer pasienten?
- Er det ofte eller noen gang usikkerhet knyttet til slike tilfeller?
- Vet Dere hvor Dere skal henvende Dere for tilgang til lege/ psykolog i slike situasjoner? Får Dere tilgang når Dere ber om det?
- Hadde akutteamet krav til kompetanse og kursing av psykisk helsearbeidere i forhold til håndtering av selvmordsrisiko før retningslinjene kom? Har Dere det nå? Obligatorisk?
- Hva slags tiltak i forhold til heving av kompetanse har blitt gjennomført siden retningslinjene kom?
- (Hvis aktuelt) Hvilke tiltak har vært bra?
- (Hvis aktuelt) Hvilke tiltak har ikke fungert så bra?
- Hvordan opplever Dere at Dere mestrer dokumentasjon av selvmordsatferd?
- Hvordan opplever Dere graden av ansvar Dere har før og etter at retningslinjene kom?
- Hvis retningslinjene skulle revideres, har Dere noen spontane forslag/ tanker til eventuelle endringer/ tillegg?
- Har dere opplevd å få en tilsynssak fra helsetilsynet personlig?

Avsluttende spørsmål:

Nå har vi vært gjennom ganske mye. Er det noe Dere vil tilføye?



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Ewa Ness
Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Oslo
Sognsvannsvn 21, Bygning 12, 2. etg.
0372 OSLO

VEDLEGG V
Side 1 av 2

Vår dato: 06.09.2011

Vår ref: 27659 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 02.08.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

27659	<i>Selvmordsforebyggende arbeid i DPS Akutteam</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Ewa Ness</i>
Student	<i>Per Erik Sorum</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 29.05.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim


Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Per Erik Sorum, Skullerudveien 59, 1188 OSLO



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 27659

Prosjektet tar sikte på å undersøke om helsepersonell i DPS akutteam opplever at Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern har virket inn på deres opplevelse av trygghet og kompetanse til å håndtere selvmordsrisiko.

Utvalget består av helsepersonell som arbeider i DPS akutteam. Personvernombudet legger til grunn at ledelsene ved akutteamene har klarert undersøkelsen.

Ombudet finner informasjonsskrivet til utvalget tilfredsstillende utformet.

Data innhentes kun gjennom gruppeintervju, jf. telefonsamtale 06.09.11.

Prosjektslutt er 29.05.2012. Datamaterialet anonymiseres ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår. Lydbånd og navnelister slettes. Eventuelle indirekte personidentifiserbare opplysninger som f.eks. navn på arbeidssted fjernes, omskrives eller grovkategoriseres.

