

Kurset "VIVAT - Førstehjelp ved selvmordsfare"

En kvalitativ studie av hva ansatte i NAV/offentlig førstelinje mener kurset har og har hatt å si for deres arbeid i møte med selvmordsnære brukere.



Bjørn Tschudi Madsen

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

Institutt for klinisk medisin
medisinsk fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

September 2014

© Bjørn Tschudi Madsen

2014

Tittel: Kurset "VIVAT - Førstehjelp ved selvmordsfare".

En kvalitativ studie av hva ansatte i NAV/offentlig førstelinje mener dette kurset har og har hatt å si for deres jobb i møte med selvmordsnære brukere.

Forfatter: Bjørn Tschudi Madsen

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Årlig dør rundt 1 million mennesker i selvmord. Dette er en stor utfordring hvor Verdens helseorganisasjon (WHO) har engasjert seg i et globalt perspektiv. I Norge tar mellom 500 og 600 mennesker sitt liv hvert år.

Å forebygge selvmord er utfordrende. Forholdene omkring et hvert selvmord er unikt; det som kan virke forebyggende i et tilfelle, trenger ikke ha samme forebyggende effekt i et annet. At forekomsten er så lav og årsakene så sammensatt, gjør det meget vanskelig, om i det hele tatt mulig, å få et evidensbasert grunnlag for å forutsi *hvem* som vil ta sitt liv.

For å kunne forebygge må den som er i fare identifiseres. Det er en oppgave helsevesenet alene ikke kan make, og mange nasjoner har i sine selvmordsforebyggende strategier inkludert opplæring og innsats fra såkalte "gatekeepere". Disse personene er opplært i å identifisere selvmordsnære, gi nødvendig umiddelbar hjelp og henvise til videre behandling. Gatekeepere kan være personalansvarlige, idrettsledere, politi, militære, lærere mv.

I Norge er gatekeepere de siste 10 årene gitt opplæring gjennom Helsedirektoratets kurs "VIVAT - førstehjelpskurs ved selvmordsfare". Ansatte i NAVs førstelinje vil etter gjennomført førstehjelpskurs trolig kunne fungere som gatekeepere.

Denne studien har til hensikt å utvikle kunnskap om hvilken betydning kurset "VIVAT- Førstehjelp ved selvmordsfare" har hatt og har for ansatte i NAV/offentlig førstelinje i deres møte med selvmordsnære brukere. I en kvalitativ studie ble 4 fokusgrupper med totalt 16 personer fra NAVs førstelinje intervjuet om deres opplevelse av førstehjelpskursets betydning for deres jobb i møte med selvmordnære brukere.

Studien bekrefter problemstillingen; NAVansatte møter selvmordsnære brukere i sin jobb. De ansatte var opptatte og engasjerte av utfordringene i disse møtene som kunne være tunge og vanskelige, men også givende og utviklende. Studien viser at relasjoner/-bevissthet er av stor betydning. Mange opplevde økt selvtillit og mestringsevne i relasjonen med bruker gjennom å våge å spørre direkte og konfronterende om selvmord. Dette hadde også en positiv effekt både i forhold til bruker og i forhold til kolleger og samarbeidspartnere for øvrig.

Funn tyder også en økt evne til å "holde ut" og lytte i de vanskelige samtalene fremfor raskt å ville "dra" brukerne over i sikkerhet gjennom raskt å finne en løsning.

Det er også grunnlag i studien for å hevde at kurset har medført økt ansvarsbevissthet i forhold til selvmordsnære brukere. I dette ligger en økt evne til å *se*, men også *ta* dette ansvaret, både i forhold til akutt intervensjon, også i et mer langsiktig oppfølgingsperspektiv hvor bruker kommer tilbake etter gjentatte akutte henvisninger eller presenterer gjentatte trusler om å ta sitt eget liv.

Det er ikke grunnlag for å hevde at resultatene tilskrives førstehjelpskurset VIVAT alene, også at annen opplæring innen selvmordsforebygging har vært medvirkende.

Flere funn i studien støttes av tidligere forskning, og ved å ta i betraktning de svakheter som fremkommer under drøftingen, synes funn og fortolkninger troverdige.

Studien skiller seg fra tidligere forskning ved at den etter forfatters mening også viser at førstehjelpskurset er en god plattform for å utvikle økt evne til å omgås og følge opp selvmordsnære brukere *over tid*.

Abstract

Every year around 1 million people die in suicide. This is an enormous challenge where World Health Organization (WHO) is engaged in a global perspective. In Norway between 500 and 600 persons take their lives every year.

Suicide prevention is challenging. The circumstances around each suicide are unique; what might be preventive in one case is not necessarily prevention in another. The fact that the prevalence is low and the circumstances so varied, make difficult, if possible at all, to produce evidence based results which can predict *who* will take their life.

To prevent suicide, it must first be predicted. This is a task too big for the national health services to handle alone, and many nations have in their suicide prevention strategies included training and use of gatekeepers. They are trained to identify people with suicidal thoughts and intentions, give them immediate assistance and to refer them to further treatment. Gatekeepers might be HR people, police officers, military leaders, teachers, sports leaders etc.

In Norway gatekeepers have for the past 10 years been educated through the Health Directory's course "VIVAT – Førstehjelp ved selvmordsfare". This is a Norwegian adapted version of the ASIST (Applied Suicide Intervention Skill Training) program developed by Living Works, Canada. Employees in the Norwegian Welfare Authorities' (NAV) first line, will probably after this training be able to act as gatekeepers.

The aim of this study was to develop knowledge about the significance of "VIVAT – Førstehjelp ved selvmordsfare" for the practice of Employees in the Norwegian Welfare Authorities' (NAV) first line meeting with suicidal clients. In a qualitative study 16 persons working in NAVs first line, were interviewed in 4 focus groups regarding their experiences regarding the gatekeeper training and the significance for their practice.

The study confirms the research question; the employees meet suicidal users. The employees reported dedication to these challenges which might be both stressful and difficult, but also resilient and stimulating. The study revealed that relations are of great importance. Several employees experienced increased self-confidence and mastery in their meetings with suicidal persons when asking directly about suicide in a confronting way. This also had a positive impact both regarding their clients, but also regarding colleagues and other cooperative partners.

The results also indicate an increased will to persevere and listen during difficult dialogues instead of rushing towards a solution. The study also reveals that the training has resulted in an increased sense of responsibility regarding *seeing*, but also *taking* the responsibility both concerning an acute intervention, but also in a long-term perspective where the clients return to the NAV office for help after an acute referral or through repeated threats about taking their lives.

There is no basis in the study to assign *all* the results to the ASIST gatekeeper training. Other suicide preventing training has been raining contributing to this.

Several results of this study are confirms previous research, and considering the weaknesses revealed in the discussion chapter, the results seem reliable and valid.

In the author's opinion the results of study differs from previous research when indicating that the gatekeeper competence obtained through the ASIST training, also gives a good platform regarding their ability to meet and support suicidal clients not only in acute situations, but also in a long-time perspective.

Forord

En utrolig spennende, lærerik - og lang reise er ved veis ende. Å studere i voksen alder er interessant, men kan også være utfordrende med mange referanser og erfaringer å forholde seg til.

En takk til forelesere i løpet av disse årene. Dere har alle på hver deres måte vært til stor inspirasjon.

Takk til mine medstudenter for mange hyggelige samlinger underveis. En spesiell takk til Klara Nilsson Espeland for korrektur, samtaler og gode innspill. En takk også til Sissel Tide-
mandsen for korrektur og støtte på veien.

OG - studien hadde ikke latt seg gjennomføre uten at dere "ansatte i NAV/offentlig førstelinje" hadde deltatt - tusen takk for hjelpen!

Og sist, men ikke minst, en stor takk til min veileder, Dag Willy Tallaksen. Forståelse, relevante og gode innspill formidlet på en meget god måte. Du har vært til stor hjelp.

Oslo, september 2014

Bjørn Tschudi Madsen

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valgt tema	1
1.2	Problemstilling og forskningsspørsmål	4
1.3	Sentrale begrep	4
1.4	Oppgavens disposisjon	6
2	Relevant forskning omkring temaet	7
3	Forforståelse og teoretiske referanseramme.....	11
3.1	Om refleksivitet og forfatterens forforståelse.....	11
3.2	Teoretisk referanseramme	14
4	Metode.....	21
4.1	Forskningsstrategi og design	21
4.2	Planlegging og gjennomføring	22
4.2.1	Innhenting av data	22
4.2.2	Utvalg og adgang til forskningsfeltet	23
4.2.3	Intervjuguide	24
4.2.4	Grupesammensetning	24
4.2.5	Gjennomføring	25
4.2.6	Transkribering	26
4.2.7	Informantsjekk	26
4.2.8	Sensitive temaer	27
4.3	Analyse og fortolkning	27
4.4	Etiske betraktninger og forhold	31
4.4.1	Formelle tillatelser.....	31
4.4.2	Konfidensialitet	32
5	Presentasjon av funn og fortolkninger	33
5.1	Økt selvtillit	34
5.1.1	Tryggere og modigere	34
5.1.2	Tydligere og mer direkte	38
5.1.3	Økt bevissthet om egne grenser	40
5.2	Økt profesjonell handlekraft.....	44
5.2.1	Bedre vurderinger og færre henvisninger.....	45

5.2.2	Økt anerkjennelse i nettverket.....	46
5.2.3	Nyttig verktøy på andre områder	48
5.3	Oppsummering av funn	49
6	Drøfting.....	52
6.1	Metode og gjennomføring	52
6.2	Intern fokus – økt selvtillit.....	55
6.3	Ekstern fokus - økt profesjonell handlekraft	58
6.4	Vurdering av studiens holdbarhet.....	60
6.4.1	Studiens pålitelighet	61
6.4.2	Gyldighet.....	62
6.4.3	Overførbarhet	64
7	Avslutning	65
	Litteraturliste	68
	Vedlegg 1 Tilbakemelding fra NSD.....	74
	Vedlegg 2 Innledende informasjon	75
	Vedlegg 3 Oppfølgende informasjon til deltaker i studien	76

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valgt tema

Årlig dør rundt 1 million mennesker i selvmord. Verdens Helseorganisasjon (WHO) antar at tallene vil øke mot år 2020 (WHO, 2012). I Norge tar i overkant av 500 mennesker hvert år sitt liv. Mellom 3500 og 7500 mennesker forsøker å ta sitt liv hvert år (Helsedirektoratet, 2014).

Å forebygge selvmord er utfordrende; for å kunne forebygge må den som er i fare identifiseres. Forholdene omkring et hvert selvmord er unikt. Det som kan virke forebyggende i et tilfelle, trenger ikke ha samme forebyggende effekten i et annet.

Det er mulig å identifisere personer med høy risiko for å dø i selvmord, men det er ikke mulig å predikere *hvem* som vil dø i selvmord. Vanskelighetene med å predikere påvirker evnen til å forebygge; hjelp er begrenset til de som kommer i kontakt med hjelpeapparatet. (Paris, 2006).

Både nasjonalt og internasjonalt er det forsket mye på selvmordsforebyggende tiltak. Resultater av denne forskning viser blant annet at personer uten helsefaglig utdanning, som er kompetente, og som sitter i en formalisert rolle med klare retningslinjer for videre henvisning av selvmordsnære personer, kan bidra til redusert selvmordsatferd (Isaac et al., 2009; Mann et al, 2005; Paris, 2006).

Hjelpere i denne rollen betegnes som "gatekeepere", portåpnere; de bidrar til å identifisere personer i selvmordsfare og hjelpe dem til videre hjelp og behandling. Dette kan være personalansvarlige, idrettsledere, politi, militære, lærere, kirkelig ansatte, ambulanspersonell mv, i tillegg til ulike typer frivillige hjelpere. FN og Verdens helseorganisasjon anser gatekeepere og treningsprogrammer for disse som viktige bidrag for å nå nasjonale mål innen selvmordsforebygging (WHO, 2012). Ansatte i NAVs førstelinje vil etter gjennomført førstehjelpskurs trolig kunne fungere som gatekeepere.

Norge var blant de første land i verden da det i 1994 ble laget en handlingsplan mot selvmord. Som et tiltak i denne handlingsplanen innledet Norge på slutten av 90- tallet et samarbeid med LivingWorks Education, Canada, som hadde arbeidet med utvikling av opplæring i førstehjelp ved selvmordsfare siden 1980- tallet.

Med utgangspunkt i at alle kan komme i en situasjon der det kan være aktuelt å gripe inn for å forhindre selvmord og yte førstehjelp - på linje med hjerte- lungeredning, ville ikke helsetjenestene alene kunne møte en slik målsetning. Undervisningsprogrammet ASIST (Applied Suicide Intervention Skills Training) er utviklet som et to dagers kurs for et bredt spekter av hjelpere, og krever ingen spesielle forkunnskaper (VIVAT Selvmordsforebygging, 2004). Kurset er oversatt til norsk, er tilpasset norske forhold, og har fått betegnelsen "VIVAT - Førstehjelp ved selvmordsfare", og er i dag er blant de mest anvendte selvmordsforebyggende kurs på verdensbasis (Living Works Education, 2014; Ramsay, 2004).

Førstehjelpskurset forvaltes i Norge av "VIVAT selvmordsforebygging" som er et samarbeid mellom Universitetssykehuset i Nord-Norge og landets regionale ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS). VIVATs administrasjon er forankret ved RVTS Nord i Tromsø, og har regionalt ansatte i deltidsstillinger i alle helseregioner (VIVAT selvmordsforebygging, 2014) finansiert av Helsedirektoratet. Ved utgangen av 2012 hadde vel 23000 personer gjennomført kurset (VIVAT selvmordsforebygging, 2012).

Forskning har vist sammenheng mellom dårlig psykisk helse og selvmordsnærhet, (Goldsmith et al, 2002; Mehlum (red), 1999), og flere studier har funnet sammenheng mellom arbeidsledighet og økt selvmordsfare, (Lundin, Lundberg, Allebeck, & Hemmingsson, 2012; Madianos, Alexiou, Patelakis, & Economou, 2014; Stuckler, Basu, Suhrcke, Coutts, & McKee, 2009).

Arbeid og psykisk helse er et satsningsområde for NAV; mye gjøres for at personer med psykiske vansker og lidelser skal kunne nyttegjøre seg sin arbeidsevne og ikke gli over i passive uføreytelser (Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, 2007; Arbeidsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Helsedirektoratet, 2012).

Helseministrene i WHO's medlemsland utgjør World Health Assembly. Denne forsamlingen godkjente i 2013 WHO's "Comprehensive Mental Health Action Plan 2013 – 2020" hvor medlemslandene forplikter seg til å redusere selvmordsratene med 10 % innen 2020 (WHO, 2013).

Våren 2014 ga Helsedirektoratet ut ny Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014 – 2017 (Helsedirektoratet, 2014). Planen inneholder både universelle, selektive

og indikative tiltak, og kurset "VIVAT - Førstehjelp ved selvmordsfare" er beskrevet som virkemiddel i 2 av planens 29 tiltak.

Kurset "VIVAT - Førstehjelp ved selvmordsfare"

Førstehjelpskurset er på 14 timer, går over to dager, og ledes av lokale fagpersoner som er utdannet i regi av VIVAT Selvmordsforebygging. Målsettingen er å øke deltakernes kompetanse i håndtering av selvmordsfare, og deltakerne skal ved kursslutt "føle seg mer forberedt, villige og i stand" til å hjelpe personer i selvmordsfare.

Målgruppen er enhver som kan komme til å befinne seg i en situasjon hvor mennesker kan komme i akutt selvmordsfare. Det kreves ingen spesielle forkunnskaper.

Kurset starter med en 15 minutters film kalt *Dødsårsak*. Her blir deltakerne kjent med 4 personer som med ulik bakgrunn alle ender opp med å ta livet sitt. I løpet av kurset går deltakerne gjennom situasjonen til disse 4 personene med fokus på om og hva som eventuelt kunne vært gjort for å forhindre selvmordet.

Kurset har fire hoveddeler:

Holdningsdelen gir deltakerne en mulighet til å bli oppmerksomme og bedre kjent med egne reaksjoner, holdninger og følelser omkring selvmord. Selv med en omsorgsfull tilnærming til selvmordsforebygging, kan (ikke-bevisste) negative og stigmatiserende holdninger til selvmord ha uønskede konsekvenser (Ramsay, 2004).

Forståelsesdelen skal gi deltakerne en forståelse av hva en person i selvmordsfare trenger av sin hjelper for å bli i stand til å velge livet.

Intervensjonsdelen gir deltakerne innføring og trening i VIVATs modell for intervensjon.

Det er en kommunikasjonsmodell som på en strukturert måte tar deltakerne gjennom 3 faser i møtet med en person med selvmordstanker: Få kontakt, forstå behov for hjelp, og følge opp den selvmordsnære. Gjennom rollespill i plenum og i mindre grupper får deltakerne muligheten til å praktisere modellen. Her benyttes også film som undervisningshjelpemiddel.

Nettverksdelen av kurset handler om nettverk og ressurser i lokalmiljøet, og hvordan disse kan brukes for å gi personer i selvmordsfare førstehjelp.

VIVAT Selvmordsforebygging tilbyr også et vedlikeholdskurs (1/2 – 1 dag) forbeholdt deltakere som har gjennomført førstehjelpskurset.

En viktig målsetting med kurset er å bygge opp tilstrekkelig trygghet og kompetanse hos deltakerne til å våge å spørre direkte om selvmordstanker/-planer. Slik kan de være til stede, lytte og dele tanker og følelser i et forsøk på å bistå den selvmordsnære i å finne et punkt hvor livet fremstår som et bedre alternativ enn døden. Å være i denne ambivalensen mellom liv og død sammen med den selvmordsnære i søken etter dette vendepunktet, er for mange en utfordring som krever spesielle ferdigheter. Kognitiv forståelse alene garanterer ikke for økte ferdigheter i utøvelse av førstehjelp, og ferdighetstrening gjennom rollespill er vektlagt i hele kurset (Grenstad, 2004; Kokkersvold & Mjelve, 2006; Ramsay, 2004).

På verdensbasis har mer enn 1 million mennesker gjennomført førstehjelpskurset. Kurset er evaluert i Norge flere ganger (Silvola, Høifødt, Guttormsen, & Burkeland, 2003; Sosial- og helsedirektoratet, 2007), og har også vært gjenstand for flere internasjonale evalueringer. (Deolev R et al, 2008; Rodgers, 2010).

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Målet med studien var å utvikle kunnskap om hvilken betydning kurset "VIVAT- Førstehjelp ved selvmordsfare" har og har hatt for ansatte i NAV/offentlig førstelinje i deres møte med selvmordsnære brukere.

Følgende forskningsspørsmål ble stilt:

Hva mener ansatte i NAV/offentlig førstelinje at kurset "VIVAT - Førstehjelp ved selvmordsfare" har og har hatt å si for deres arbeid i møte med selvmordsnære brukere?

1.3 Sentrale begrep

Følgende definisjoner/begrep er brukt i studien:

Psykisk helse:

Evne til å mestre tanker, følelser og atferd, og til å tilpasse seg endringer og håndtere motgang.

Psykiske problemer, plager eller vansker:

Symptombelastning som for eksempel ulik grad av angst, depresjon og søvnevansker. Symptombelastningen behøver ikke være så stor at det kan stilles diagnose.

Psykiske lidelser:

Endringer i tenkning, følelser og/eller atferd kombinert med opplevelse av psykisk smerte og/eller redusert fungering. Symptomene er av en slik type eller grad at det kan stilles diagnose.

Definisjonene er hentet fra Nasjonal strategi plan for arbeid og psykisk helse (Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

Med **vanskelige og pressede situasjoner** forstås situasjoner hvor brukers situasjon er preget av håpløshet, "psyache" og fattigdom på en måte hvor det er grunn til å anta at situasjonen i vesentlig grad forringer brukers livskvalitet.

I oppgaven brukes helsetjenesten som betegnelse både for det psykiske helsearbeidet i kommunene og det psykiske helsevernet (spesialisthelsetjenesten).

Selvmondsatferd:

Med *selvmordsatferd* forstås i denne studien bevisste (med "intent") selvmordsforsøk med både fatal og ikke – fatal utgang. (Silverman et al, 2007). Begrepet **selvmordsnære/-nærhet** brukes også for å variere språkbruken, og tillegges samme betydning.

Gatekeeper

Med "Gatekeeper" forstås i denne studien lokalt ansatte fra forskjellige etater som politi, forsvaret, sosialkontor, lærere, helsesøstre, prester mv, som er i jevnlig kontakt med personer i forskjellige deler av samfunnet, både på formell og uformell basis, og som er gitt opplæring til å kunne yte førstehjelp til mennesker i selvmordsfare (WHO, 2012).

NAV

NAV kontorene styres gjennom to linjer; kommunene på den ene siden og den statlige arbeids- og velferdsetaten på den andre. Lederne av NAV kontoret forholder seg således til både stat og kommune, et samarbeid som reguleres gjennom en samarbeidsavtale unik for hver kommune. Med NAVansatte forstås i studien både ansatte i den statlige og den kommunale delen av NAV (Andreassen, 2009).

Informanter fra NAVs tiltaksarrangører kommer også under betegnelsen i denne studien.

Med **førstelinje** forstås arbeidsoppgaver i én til én relasjon med bruker, enten i publikums-mottak eller i oppfølging over tid.

Veileder og ansatt brukes om hverandre for å variere språkbruken.

1.4 Oppgavens disposisjon

Bakgrunn for valgt tema, studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål beskrives i studiens kapittel 1. Kapittel 2 viser til relevant forskning om temaet, og i kapittel 3 redegjøres for forfatterens forforståelse og teoretiske referanseramme. Metode og gjennomføring beskrives i kapittel 4 før funn og fortolkninger presenteres i kapittel 5. Studien drøfting i kapittel 6, og studien oppsummeres kort i kapittel 7. Her presenteres også forslag til videre forskning.

2 Relevant forskning omkring temaet

Her presenteres forskning og bakgrunnsmateriale med relevans for studien.

Generelt

Den mest valide måten å måle effekten av selvmordsforebyggende tiltak, ville være å måle reduksjon i antall selvmord. Fordi selvmord har en lavfrekvent og multifaktoriell forekomst, ville et slikt forskningsprosjekt ikke være gjennomførbart av hverken praktiske eller etiske årsaker.

Det foreligger få, om noen, signifikante forskningsresultater som viser effekten av gatekeepers innsats i forhold til selvmordstanker, selvmordsforsøk eller antall døde i selvmord. Når resultatet av gatekeeperes innsats skal evalueres, brukes derfor andre målekriterier og metoder. Dette kan være økt kunnskap og endrede holdninger til selvmord, økt evne til intervensjon ved selvmordsfare, antall intervensjoner etter gjennomgått gatekeeperopplæring, og det kan være ulike evalueringer av hva personer med selvmordstanker opplever som hjelp, basert på *selvopplevd effekt* (Isaac et al., 2009).

Gatekeeping

WHO's Mental Health Plan Action sier om selvmordsforebygging at målene ikke kan nås av helsevesenet alene, andre instanser må bidra. WHO prioriterer forhold rundt selvmord på verdensbasis, og i deres retningslinjer fra 2012 fremheves treningsprogrammer for gatekeepere som viktige bidrag for å nå nasjonale mål innen selvmordsforebygging (WHO, 2012, 2013).

Den amerikanske forskeren J. John Mann har i samarbeid med eksperter fra 15 ulike nasjoner gjennomført en metastudie av ulike selvmordsforebyggende strategier med spesiell fokus på intervensjonsstrategier gjort av personer i gatekeeperrollen. Målet var å samle evidensbasert informasjon om effekten av selvmordsforebyggende intervensjoner, samt gi anbefaling for fremtidig videreutvikling av programmer og videre forskning. En av konklusjonene fra denne studien er: "*Where the roles of gatekeepers are formalized and pathways to treatments are readily available, educating gatekeepers helps reduce suicidal behaviour*" (Mann et al, 2005, s 2071).

Der er utviklet mange forskjellige opplæringsprogrammer for gatekeepere. De fleste av disse programmene inngår i større selvmordsforebyggende tiltak, noe som kompliserer måling effekt av denne opplæringen spesifikt.

En studie av selvmordsratene i US Air Force i perioden 1990 – 1996 og i perioden 1997 – 2002, før og etter (at personer med gatekeeperopplæring gjennomførte) systematisk intervensjon rettet mot personlige problemer og stigma i forhold til selvmord, viste en reduksjon på 33 % i samme periode (Knox, Litts, Talcott, Feig, & Caine, 2003). Selv om disse resultatene er oppløftende, viser den ikke en klar årsakssammenheng mellom intervensjon og resultat (Paris, 2006).

I en metastudie fra 2009 (Isaac et al., 2009) settes fokus på effekten av gatekeeperopplæring sett i forhold til intervensjon ved selvmordsfare. Studien viser blant annet positiv innvirkning på kunnskap, ferdigheter og holdninger for de som hadde gjennomgått denne opplæringen. VIVAT/ASIST er det mest utbredte programmet for opplæring av gatekeepere, men i likhet med andre studier etterlyser også Isaac RCT studier rettet mot effekt på selvmordsratene

Omfattende forskning omkring gatekeeperopplæring/-rolle i det EU-finansierte forsknings-samarbeidet Optimizing Suicide Prevention programs and their implementation in Europe (OSPI-Europe) viser at gatekeeperopplæring gir økt kompetanse, skaper gode holdninger og øker tilliten til personer i denne rollen (Coppens et al, 2014).

Handlingsplan for selvmord og selvskading 2014 – 2017 har klar fokus også på den universelle forebyggingssiden, og førstehjelpskurset VIVAT er omtalt som et aktuelt opplæringstiltak for gatekeepere. (Helsedirektoratet, 2014).

Evaluering av VIVAT/ASIST

VIVAT/ASIST har vært evaluert flere ganger, og det arbeides med revisjon som skal være effektiv i 2015. Her flyttes fokus fra å beskytte mot den umiddelbare selvmordsrisikoen, til i større grad å jobbe mot det som kan trygge personen i selvmordsfare (LivingWorks, 2013). Norge er i gang med implementeringen av tiltakene i denne revisjonen.

Opprettelse av tilbud om krisetelefoner kan ha selvmordsforebyggende effekt (Roscoät & Beck, 2009). En amerikansk studie av mer enn 1500 innringere til 17 forskjellige krisetelefoner, viser at de som møtte veiledere med VIVAT/ASIST opplæring, etter samtalen var signi-

fikant mindre selvmordsnære og deprimert, og mer optimistisk med tanke på fremtiden sammenlignet med de som møtte veiledere uten VIVAT/ASIST opplæring. (Gould, Cross, Pisani, Munfakh, & Kleinmann, 2013).

I 2010 publiserte LivingWorks sin egen evaluering av ASIST programmet basert på evalueringer fra 5 forskjellige land, herunder Norge (Rodgers, 2010; Silvola et al., 2003). Denne rapporten viser at deltakerne generelt var meget fornøyd med programmet. Sammenlignet med andre som ikke hadde gjennomgått programmet, hadde deltakerne fått økt relevant kompetanse, herunder økt bevissthet omkring egne holdninger til selvmord.

En skotsk evaluering av VIVAT/ASIST fra 2008, viste økte ferdigheter og kompetanse hos VIVAT/ASIST utdannede veiledere, i tillegg til en reduksjon i stigma og økt oppmerksomhet rundt selvmordsforebygging også på organisasjons-/kommunalt nivå (Deolev R et al, 2008).

En amerikansk studie fra 2007 viste tre år etter implementering av VIVAT/ASIST ved et stort regionalt helsesenter en klar økning i antall selvmordsintervensjoner, samtidig som antall henvisninger til videre behandling hadde en tydelig nedgang. Dette som et mulig resultat av å våge å gå i dialog med selvmordsnære, og således oppnå en økt evne til å identifisere og bistå enkeltpersoner i selvmordsfare (McAuliffe & Perry, 2007).

En norsk evaluering fra 2007 basert på intervjuer og spørreskjemaer fra kursdeltakere og kursledere viste at kursdeltakerne følte seg tryggere og mer i stand til å handle i møte med selvmordsnære personer etter gjennomført kurs, samt at kursdeltakelsen førte til styrking av tverrfaglig samarbeid og nettverk. Kompetansen var i stor grad knyttet til egen ferdighetstrening, og det var således vanskelig å spore noe kompetanseheving på systemnivå (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Kommunikasjon

Både nasjonale og internasjonale studier setter fokus på kommunikasjon av følelser omkring psykisk smerte som en vesentlig del av det selvmordsforebyggende arbeidet.

Problemer med å kommunisere tanker og følelser omkring disse forholdene, gjør selvmordsforebygging på individplan, sett i et førstehjelpsperspektiv, til et sentralt mål for å oppnå en beskyttende effekt (Levi et al., 2008, 2014). En norsk studie av unge menn som hadde tatt sitt

liv uten tidligere å ha vært i psykiatrisk behandling eller hatt tidligere selvmordsforsøk, bekrefter dette (Rasmussen, Haavind, Dieserud, & Dyregrov, 2014).

I en studie av selvmord sett i et kommunikasjonsperspektiv konkluderer Hjelmeland og Knizek (2013) med at selvmordet i større grad må sees i sammenheng med de omgivelser den selvmordsnære lever i og lar seg påvirke av. Det vil kunne bidra til svar på hvor hjelpen vil gi størst effekt.

En annen norsk studie av hva helsesøstre mener førstehjelpskurset har betydd for deres arbeid i møte med selvmordsnære, viste en økt evne til å delta i samtaler og lede møter med selvmordsnære brukere (Tallaksen, Bråten, & Tveiten, 2013).

Lakeman og Fitzgerald hevder i en metastudie at lite fokus er rettet mot de subjektive oppfatningene slik de oppleves av den selvmordsnære, og viser til et stort behov for å rette oppmerksomheten mot de individuelle, eksistensielle utfordringene det innebærer å leve med selvmordstanker (Lakeman & FitzGerald, 2008).

Tallaksen og Lindmark setter også fokus på kommunikasjon når de stiller spørsmål om det er ordforråd og mangelfull trening som gjør det vanskelig å snakke om eksistensielle kriser som selvmord (Tallaksen & Lindmark, 2013).

Kommunikativt perspektiv, eller mangel på dette, er også kjernen i artikkelen "Selvmordsforebygging i psykisk helsevern – på tide å tenke nytt" (Heidi Hjelmeland, Julia Hagen, & Birthe L Knizek, 2014).

3 Forforståelse og teoretiske referanseramme

3.1 Om refleksivitet og forfatterens forforståelse

Innledning

Dette kapittelet redegjør for forfatterens forforståelse og studiens teoretiske referanseramme.

Om refleksivitet

"Det kommer an på øyet som ser" sier et gammelt uttrykk. Virkeligheten vil alltid beskrives ut fra subjektive perspektiver, og tolking skjer ut fra egne erfaringer. Leser og forfatter vil ha hver sin oppfatning av virkeligheten, og resultatene vil bli oppfattet og tolket ulikt, avhengig av deres bakgrunn. Hvordan resultatene så formidles, hvor *transparent* eller *gjennomsiktig* formidlingen er, danner grunnlaget for å forstå forfatterens valg og vurderinger, og skal legges til rette for å se ting på en ny og annerledes måte. Slik kan ny kunnskap skapes. Refleksivitet handler om bevissthet omkring disse forholdene, og om å ha en aktiv holdning til kontinuerlig å reflektere over eget ståsted og forestillinger (Malterud, 2011, 2012; Tjora, 2012).

Forfatterens forforståelse

Forfatters erfaringer og opplevelser gjennom et langt yrkesliv i Forsvaret har medført fokus og bevissthet omkring eksistensielle forhold som liv og død. Individuelle samtaler har gjennomgående vært et sentralt virkemiddel, spesielt i de senere år gjennom arbeid som tiltaksarrangør for NAV og som kursleder i VIVAT. Møter med unge menn under førstegangstjenesten, langt hjemmefra og med eksistensielle behov og savn; senere møter med NAVs brukere ofte i vanskelige situasjoner, også selvmordsnære, har gitt et bredt grunnlag for erfaringer og refleksjoner. Å jobbe med mennesker har gitt bevissthet om hvilken betydning de ulike relasjoner har både på en selv og på sine omgivelser, og betydningen av å utforske og bli kjent med sin egen atferd og opplevelse i møte med andre. Det er først når en kjenner seg selv og kan identifisere egne reaksjoner at det er mulig bevisst å gjøre noe med dem. Slik kan vi påvirke og forbedre vårt forhold til andre. (Kokkersvold & Mjelve, 2006).

Det antas at 5 % av befolkningen i løpet av et år har hatt tanker om å ta sitt liv (VIVAT Selvmordsforebygging, 2004). Med bakgrunn i den tabuiseringen og det stigma som fortsatt eksisterer rundt selvmord, er det grunn til å anta at disse 5 % i hovedsak utgjør en lite meddel-som gruppe, og vi vet derfor lite om hvem vi *egentlig* står overfor uten å spørre. Pasienter kan være tilknyttet NAV samtidig som de er i behandling i psykisk helsevern. Kronisk suicidale anbefales ikke innlagt i institusjon (Paris, 2006; Sosial- og helsedirektoratet, 2008), og det kan ikke utelukkes at også disse vil komme i kontakt med NAV. På dette grunnlag er sannsynlig-heten til stede for at NAVs veiledere vil stå overfor mennesker med selvmordstanker, og de vurderingene som gjøres i disse møtene kan være avgjørende for at adekvat hjelp ytes.

Grensen mellom psykiske plager og psykisk sykdom kan være vanskelig å trekke:

Frisk	Psykiske plager	Psykisk lidelse = diagnose
	Trist/nedstemt	Depresjon
	Sjenert/introvert	Sosial fobi
	Overtroisk	Tvangstanker/-handlinger
	Uoppmerksom/ekstrovert	ADHD
	Forsiktig/engstelig	Angstlidelse
	Ta en øl eller to	Alkoholavhengig
	Personlige trekk	Personlighetsforstyrrelse

Kilde: Forfatter

Ytterpunktene synes tydelige, det er grensesonene som kan gjøre det vanskelig å skille mellom hvem som trenger behandling og hvem som "bare" er i en vanskelig eller presset situa-sjon og trenger annen hjelp i hverdagen. Noen er i en situasjon hvor de trenger begge deler.

En sammenligning av en ansatt i NAVs førstelinje og en kliniker ved en behandlingssituasjon vil kunne vise at:

- Begge jobber med mennesker i vanskelige og pressede situasjoner, også personer som går med selvmordstanker – over tid
- Begge er avhengige av en god relasjon for å oppnå et godt resultat
- Begge kan være i en situasjon hvor de må foreta en vurdering av selvmordsfare
- Feilvurderinger i slike tilfelle kan få konsekvenser for begge parter, både personlig og i forhold til faglig integritet.

Situasjonen og utfordringene kan således oppleves like, selv om de to møter den selvmordsnære på forskjellig sted i prosessen, og har ulike midler til rådighet for å bistå.

I 2008 kom Retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet, 2008) til bruk innen spesialhelsetjenesten. Disse retningslinjene sier at også andre som kommer i kontakt med pasienter med selvmordsrisiko kan ha nytte av disse retningslinjene. Det eksisterer noe ulike oppfatninger av hvordan disse retningslinjene skal praktiseres (Herrestad & Larsen, 2012; Heidi Hjelmeland, Julia Hagen, & Birthe Loa Knizek, 2014; Sørnum, 2012). Forfatter anser at mye av den forskning som har vært gjort angående helsepersonell og deres møte med selvmordsnære, kan ha relevans også for NAVs førstelinjeveiledere i deres møte med selvmordsnære brukere.

Forventninger

Å jobbe i én til én relasjon med mennesker som har selvmordstanker, er følelsesmessig krevende, og det antas at frykten for å gjøre feil og i verste fall miste noen i selvmord kan være stor. Tillit og trygghet i relasjonen er viktig for at bruker skal dele vanskelige tanker og følelser, og det var derfor naturlig at studien satte fokus på hvilke relasjoner veileder hadde til seg selv, hvordan han/hun påvirket og lot seg påvirke av brukere i vanskelige situasjoner. Forfatter hadde forventninger til at informantenes opplevelser rundt disse relasjonene vil være sentrale i studien.

Kolleger spiller en stor rolle i å håndtere følelsesmessige og vanskelig hendelser både privat og på jobb, og forfatter antok at kollegers rolle ville utgjøre et viktig element i studien.

En forutsetning for effektiv førstehjelp ved selvmordsfare er at det eksisterer formelle og reelle linjer for videre henvisning av personer med selvmordstanker. Dette var et viktig element i det selvmordsforebyggende arbeidet sett i et førstehjelpsperspektiv, og det har derfor vært naturlig å fokusere på informantenes opplevelser rundt dette i studien.

Forfatter antok at flere av informantene hadde erfaring med "gjengangere" blant brukerne, herunder personer med selvmordstanker. Førstehjelpskurset definerer hva som er *førstehjelp* og hva som er å anse som *behandling* av personer med selvmordstanker (Living Works, 2004). Det var derfor interessant å fokusere på hvordan førstehjelpsrollen ble opplevd når og hvis hjelpebehovet trakk ut i tid.

Forfatter planla og gjennomførte studien alene. Hans forforståelse utgjorde grunnlaget for studien, og påvirket gjennomføringen. Forfatter har vært dette bevisst, og har hatt som mål å hente ut informantenes egne beskrivelser og opplevelser av sine møter med sine brukere i størst mulig grad upåvirket av egen kompetanse og erfaringer.

3.2 Teoretisk referanseramme

Grunnlag/innledning

For noen mennesker kan livssituasjonen bli så smertefull og utholdelig at det å ta sitt eget liv kan fremstå som et alternativ til å leve videre. Den amerikanske psykiateren Edwin Shneidmann kobler selvmordet til psykisk smerte, "psychache". Selvmordet inntreffer når smerten oppleves så vond og smertefull at den ikke lenger kan bæres. "No psychache, no suicide", (Leenars, 2010).

At en person i selvmordsfare egentlig har et ønske om å leve, men ikke klarer det, er antakelsene - og fundamentet i kurset Førstehjelp ved selvmordsfare. Førstehjelpen består i å være til stede sammen med den selvmordsnære i dødstankene og bistå i å lete etter grunner til å leve videre. Det å ha et ønske om ikke å leve, er ikke det samme som å ville dø. En godt utført førstehjelpsintervensjon kan representere et vendepunkt for den som står i fare for å miste sitt liv (Living Works, 2004; Tallaksen & Lindmark, 2013).

Selvmordsforebygging - utfordringer

Om selvmordet er like gammelt som menneskeheten, er grunnlaget for den målrettede selvmordsforebygging ikke mer enn et par hundre år gammelt. (Mehlum (red), 1999). Praktiske forebyggingstiltak har opp gjennom tidene variert, avhengig av planleggerens og behandlernes kunnskap og ståsted (Hawton, 2005).

Forskning har bidradd med mye kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer for selvmord, og dette utgjør mye av grunnlaget for de strategier som ligger bak dagens selvmordsforebyggende arbeid (Bertolote, 2004; Nordentoft, 2011; Rudd et al, 2006). Mye av kunnskapen er et resultat av forskning utført på gruppenivå, og har tilført mye kunnskap om hvor *mange* som vil ta selvmord, i hvilke *populasjoner* det vil skje, men ikke *hvem* som vil ta sitt liv (Paris, 2006). Selvmordstanker utvikles over tid, og selv om vi visste mer om hvem som ville ta sitt liv, ville tidsfaktoren også utgjøre et stort usikkerhetsmoment.

En rekke enkeltstående risikofaktorer vil spille inn i forhold til hvem som tar sitt eget liv. Risikofaktorene vil stå i en unik og individuelt betinget sammenheng med hverandre, både tidsmessig og i en årsakssammenheng. Dette gir mange "kombinasjonsmuligheter" og gjør prediksjon av selvmord på individnivå vanskelig, om mulig i det hele tatt. (Mehlum (red), 1999). Ingen test eller målemetode har pr i dag tilstrekkelig sensitivitet og spesifisitet til å gi grunnlag for slik prediksjon. Dette fordi risikofaktorene ofte er til stede hos langt flere enn de som tar livet sitt, samtidig som mange av de samme risikofaktorene ikke nødvendigvis er til stede hos de som tar sitt eget liv (Goldsmith et al, 2002; Pokorny, 1983).

Når forekomsten er sjelden, må prediksjon bli vanskelig (Paris, 2006). Selvmordets lavfrekvente og multifaktorielle egenart tilsier, paradoksalt nok, at den beste prediksjon på lang sikt ville være å predikere at det aldri inntreffer (Larsen, 2010).

I en kvalitativ masterstudie fra våren 2014 ble 8 fagansatte (miljøterapeuter, helsesøstre, sosialrådgivere) fra 5 ulike ungdomsskoler intervjuet om deres metoder for å avdekke selvmordsatferd blant elevene. Studien viste at halvparten av informantene mente at det kunne være farlig å samtale om selvmord med elevene (Espeland, 2014).

Det er en vanlig misforståelse både blant fagfolk og andre at selvmordsrisikoen øker hvis man snakker om det (Crawford, Thana, & Methuen, 2011; H. Hjelmeland & L. Knizek, 2010; Retterstøl, Ekeberg, & Mehlum, 2006). I kommentarer til Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, oppfordrer RVTS/Ø til å spørre mer om selvmordstanker (Herrestad & Larsen, 2012).

Den underliggende frykten for å miste noen i selvmord blir av mange behandlere sett på som en betydelig belastning, og enkelte kan oppleve dette arbeidet som så belastende at de unngår mulige selvmordsnære pasienter (Notø, Olsen, Normann, & Løberg, 2005).

I møte med selvmordsnære personer blir det fra flere stilt spørsmål ved hvem sine behov som er styrende, den hjelpetrengende eller terapeuten/veilederen. I artikkelen "*Når sikreste behandling ikke er den beste behandling*" (Stangeland, 2012) tas det til orde for spesialiserte team for oppfølging utenfor tradisjonelle polikliniske rammer. Skal slike løsninger etableres, vil det med stor sannsynlighet være behov for å bringe NAV inn i bildet for å få en helhetlig tilnærming og løsning. En studie fra Høgskolen i Hedmark bekrefter behovet for et bedre samarbeid mellom veileder og behandler. (Mikkelsgård, Granerud, & Høye, 2014).

Et innlegg i Tidsskrift for Norsk Psykologiforening (Straume, 2014) omtaler en pasient som tok livet sitt. Pasienten ønsket ikke å snakke om de standardiserte spørsmålene vedrørende selvmordstanker og planer, og spesielt ikke innleggelse, men behandler var pålagt å gjøre dette ut fra gjeldende retningslinjer. Det diskuteres i innlegget om det kunne reddet liv ved å stille *mindre* av de pålagte formelle spørsmålene og bruke *mer* tid på å finne ut hva pasienten ønsket hjelp til. Løsninger hvor hensynet til formelle regler og prosedyrer for sikkerhet mv blir styrende, blir ofte betegnet som lite hensiktsmessige, uønskede eller antiterapeutiske effekter, (Larsen, 2010), og kan ha relevans også i denne studien.

At selvmordet som fenomen fortsatt er omgitt av stigma og tabu, er en ytterligere kompliserende faktor i det selvmordsforebyggende arbeidet (Hjelmeland, Dieserud, Dyregrov, & Knizek, 2010; H. Hjelmeland & L. Knizek, 2010).

Utfallet av enkeltindividers valg og vurderinger er umulig å forutsi. Aristoteles skal ha uttalt at "There is no science of the individual". Det individuelle fokus, det å kunne møte den enkelte sett i forhold til sine omgivelser for å få et helhetsbilde og så langt som mulig forstå fortvilelsen og skape håp, forblir derfor til slutt en svært viktig og kanskje helt avgjørende faktor.

Kontekst

Sammenhengen mellom dårlig psykisk helse, rus, vold i nære relasjoner og selvmordsnærhet er vel kjent (Mehlum (red), 1999). En studie fra Stockholm viser at det å være uten arbeid også kan gi økt risiko for selvmordsatferd (Lundin et al., 2012). Opplevelse av håpløshet, de-

presjon, og manglende velvære ("well-being") henger nært sammen med selvmordstanker og -/forsøk (Sisask et al, 2008).

Amerikanske forskere har funnet at 90 % av de som tar sitt eget liv har en eller flere psykiske lidelser på dødstidspunktet (Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003). Samtidig viser forskning fra USA at 95 % av de som har en psykiatrisk diagnose ikke tar sitt eget liv (Goldsmith et al, 2002). Senere forskning har stilt spørsmål ved metodene som ligger bak disse resultatene. For å få et bedre grunnlag for å forstå de komplekse årsakene som ligger bak et selvmord, etterspørres et større fokus på avdødes relasjoner til sine nærmeste omgivelser, og mindre vektlegging på psykiatriske diagnoser på dødstidspunktet (Hjelmeland, Dieserud, Dyregrov, Knizek, & Leenaars, 2012). En kvalitativ studie fra 2013 basert på intervjuer av en gruppe menn i alderen 18- 30 år uten tidligere behandling i psykisk helsevern eller tidligere selvmordsforsøk, viser at redusert evne til å regulere følelser som sinne og skam i deres møte med den voksne verden, kan gjøre dem mer sårbare for selvmord. (Rasmussen et al., 2014).

Det å få større innsikt i og *forstå* den enkeltes motiver og bakgrunn for å ta sitt liv, fremfor å *forklare* det ut fra på forhånd gitte teorier, kriterier eller faktorer, gir et bedre grunnlag for å ta frem gode forebyggende tiltak (H. Hjelmeland & B. L. Knizek, 2010). Dette sammenfaller godt i beskrivelsen av recoverorienterte praksiser hvor forståelse av psykisk helse og likeverdige samarbeidsformer er viktige elementer (Borg, Karlsson, & Stenhammer, 2013). Selv om mye av recoveryforskningen har vært knyttet til alvorlige psykiske lidelser, har flere elementer relevans til den jobbsituasjonen NAVansatte ofte befinner seg i når de på et tidlig tidspunkt i prosessen – sammen med en selvmordsnær bruker, skal finne adekvat hjelp.

I artikkelen "Suicide is far more than a psychiatric business" trekker den australske psykiateren og forskeren Diego De Leo frem den selvmordnæres evne og muligheter til å løse egne problemer, samt personens sosiale nettverk som viktige beskyttelsesfaktor mot selvmord. Han konkluderer med at bare en felles innsats av slike tiltak *og* psykiatrisk behandling vil gi en mer effektiv selvmordsforebygging (De Leo, 2004). For å få adgang til denne informasjonen, kan kunnskap om selvmord som en kommunikasjonshandling være nyttig. Igjen – et individuelt fokus er nødvendig for å kunne predikere og forebygge selvmord.

En norsk studie viser at pårørende etter personer som har tatt sitt liv, har vanskeligere for å snakke om dødsårsaken enn de som har mistet noen i naturlig død, og sorgen er tyngre å bear-

beide (Sveen & Walby, 2008). Pårørende og etterlatte etter selvmord står i fare for å utvikle psykiske og fysiske problemer, og en egen veileder for etterlatte etter selvmord ble utgitt i 2011. (Firestone, 2003; Helsedirektoratet, 2011).

Veilederen "Sammen om mestring" understøtter betydningen av støttepersoner utover det helsevesenet har kapasitet til å klare alene. (Helsedirektoratet, 2013).

Det finnes mye kunnskap om hva som skal til for å hjelpe mennesker med selvmordstanker og andre i vanskelige og pressede situasjoner. Det handler i stor grad om å gi den hjelpetrenende en opplevelse av å bli møtt med likeverd og respekt, at problemene blir tatt på alvor; det handler om å se tingene i en helhet. For å få adgang til denne informasjonen, kan kunnskap om selvmord som en kommunikasjonshandling være nyttig for bedre å forstå den selvmordsnære. Dette i noe kontrast til den biomedisinske modellen hvor stor fokus er viet de risikofaktorene som leder til selvmord (Hjelmeland & Knizek, 2013). Stortingsmeldingen om en helhetlig rusmiddelpolitikk som ble lagt frem i 2012 har da også illustrerende nok tittelen "Se meg!".

De fleste som tar sitt liv er ikke tilknyttet psykiatriske helsetjenester (Paris, 2006; Stangeland, 2012). Det er grunn til anta at mange av de som søker hjelp hos NAV sliter psykisk, også med selvmordstanker. Uten at selvmordstanker avdekkes, kan det ikke ytes hjelp.

Relasjoner – betydning og utfordringer

Reell brukermedvirkning på individnivå er et klart krav i den nye NAV reformen. I den sammenheng fremheves viktigheten av "menneskemøter" og avklaring i gode samtaler, det er i disse møtene grunnlaget for videre hjelpen og støtte legges (Andreassen, 2009). Relasjonsbygging i menneskemøtene og det å skape trygghet i egen arbeidssituasjon fremheves som meget viktige momenter i møte med brukere. (Andreassen, 2009; NAV, 2010).

Relasjon i disse menneskemøtene er maktfordelingsmessig asymmetrisk. På den ene siden skal det tas hensyn til brukermedvirkning og likeverd, på den annen siden har NAV vedtak og regler som skal følges. Det å skulle være den som hjelper og samtidig sitte med myndighet til å innvilge eller avslå hjelp og støtte, kan oppleves som et dilemma. At struktur, fasthet og tydelighet ofte kan være både nødvendig og fordelaktig i relasjonen, kan ytterligere virke inn i forhold til å ivareta brukermedvirkning på individnivå i henhold til intensjonen. (Andreassen, 2009; Halvorsen, 2008).

Brukermedvirkning er et relasjonelt begrep som handler om at flere parter samarbeider. En relasjon der partene samarbeider og løser problemer, oppleves som hjelp i seg selv (Halvorsen, 2008). Det å *være bestemt*, men utøve dette på en måte hvor bruker kunne oppleve seg forstått samtidig som veileder kunne respondere adekvat, er også et av de kriteriene som legger grunnlag for en positiv relasjon (Halvorsen, 2008). Spesielt utfordrende kan det være når relasjonen i utgangspunktet formelt er maktfordelingsmessig asymmetrisk, og kan innebære at veileder må ta styring.

Kommunikasjon er en forutsetning i en relasjon. Er ikke relasjonen preget av trygghet og tillit i relasjonen, blir det vanskelig for bruker å dele, og den som skal bistå får ikke den informasjonen som trengs for å kunne respondere på en hensiktsmessig måte (Levi et al., 2008, 2014; Rasmussen et al., 2014). Til tross for at de fleste som tar sitt liv gir signaler i en eller annen form på forhånd (Retterstøl et al., 2006), kommer selvmord ofte som et sjokk på omgivelsene. Signalene som ble gitt blir ofte oppdaget i etterkant, og den mangelfulle kommunikasjonen blir en ytterligere belastning for pårørende.

Måten budskapet legges frem på kan ofte være like viktig som budskapet i seg selv. Det "skrevne ord"s bidrag i en slik kommunikasjonsprosess er påstått å være under 1/10, resten utgjøres av kroppsspråk og tone fall (Mehrabian, 1967). Veileder og bruker vil gjensidig påvirke hverandre. Veileders egen trygghet, ståsted, forforståelse, kunnskap, kompetanse, forventninger og erfaring danner grunnlaget for veileders relasjon til seg selv, og er en forutsetning for å kunne ha mulighet til selv aktivt å kunne påvirke relasjonen og om nødvendig ta styring. I sitt hovedverk "Jeg og du" beskriver filosofen Martin Buber det ekte møtet hvor mennesket går inn med hele sitt vesen uten å være forutinntatt, og kan møte et "du" fremfor et "det". (Buber, 1923/2007). Betydningen av likeverd, det å være til stede her og nå, uten å være distansert og forutinntatt er også en av grunnpilarene i samhandling og kommunikasjon (Kokkersvold & Mjelve, 2006).

Det er krevende å bistå mennesker som har tanker om å ta sitt eget liv, og enkelte kan oppleve dette arbeidet som så belastende at de unngår mulige selvmordsnære pasienter. (Notø et al., 2005). I "Påfyll" som er et program for kompetanseheving og inspirasjon for kriseteam (RVTS/S, 2011), stilles noen essensielle spørsmål som kan ha relevans også her: Hva tåler jeg? Hvem er jeg i møte med den som er utsatt for traumer? Hvordan reagerer jeg? Hva trenger jeg?

Trygghet og tillit kan ikke bestemmes, det må skapes, og bruker må oppleve at det er en god relasjon. Å lære er å oppdage. Det er en helt subjektiv prosess som rommes av begrepet konfluent pedagogikk eller erfaringslæring (Grenstad, 2004), og er grunnleggende for å oppnå reell brukermedvirkning og likeverd i disse relasjonene.

4 Metode

I dette kapittelet beskrives oppgavens forskningsdesign og vitenskapelige grunnlag, herunder planlegging, rekruttering, gjennomføring, samt tolking og analyse av det innsamlede materialet. De etiske sidene ved studien er behandlet til slutt.

4.1 Forskningsstrategi og design

Problemstillingen vil være grunnlaget for valg av metode (Kvale & Brinkmann 2009). Svaret på forskningsspørsmålet lå hos de ansatte, og ville være basert på deres beskrivelser av egne opplevelser og prosesser i møte med selvmordsnære brukere. Disse menneskemøtene oppleves forskjellig fra individ til individ, og forfatter ønsket kunnskap om tanker, opplevelser og erfaringer fra disse møtene slik disse ble oppfattet av den enkelte. Kvalitative metoder er godt egnet til utforskning av denne type erfaringer og meninger (H. Hjelmeland & B. L. Knizek, 2010; Kvale & Brinkmann 2009; Malterud, 2011), og det ble tidlig i planleggingsprosessen valgt en slik tilnærming.

Med design forstås den plan eller skisse som forfatteren legger opp for å få svar på sine forskningsspørsmål, og kvaliteten på resultatene vil være avhengig av hvilket design som velges. Tema, problemstilling, tilgjengelige og hensiktsmessige innhentingsmetoder vil sammen med forskerens erfaring, interesse, kunnskap og øvrig forforståelse av temaet som det forskes på, være faktorer som vil ha innvirkning på valg av metode og design. (Ringdal, 2007).

De ansattes opplevelser av egen hverdag i samspill med sine brukere og øvrige omgivelser utgjør underlaget for studien. Analyse av dette empiriske materialet skal så gi grunnlag for ny kunnskap (Thagaard, 2013), og en eksplorerende (induktiv) måte å gå frem på ble valgt for å skape denne kunnskapen.

Virkeligheten vil alltid være subjektiv og avhengig av hvem som beskriver den og i hvilket perspektiv den betraktes i. Det var derfor viktig at det empiriske materiale i størst mulig grad skulle gjenspeile informantenes egne erfaringer og meninger (Malterud, 2011), og en fenomenologisk tilnærming ble valgt. Fenomenologi som metode i kvalitativ forskning tar utgangspunkt i informantenes subjektive opplevelse av fenomenene, for så å søke forståelse av den dypere meningen gjennom disse erfaringene. (Kvale & Brinkmann 2009; Thagaard, 2013).

Tolking er sentralt i kvalitativ forskning, og en hermeneutisk tilnærming (fortolkningsramme) ble valgt. I en slik ramme eksisterer ingen egentlige sannheter, de dannes avhengig av den som tolker de enkelte fenomenene som observeres eller oppleves. Forfatterens bakgrunn og rolle danner grunnlaget for de vurderinger og valg som er gjort underveis, og vil påvirke studiens pålitelighet og gyldighet. Det er således et spørsmål om *hvordan* forfatter påvirker forskningsprosessen – ikke *om* han gjør det (Kvale & Brinkmann 2009). Informanter og forfatter påvirkes gjensidig i forskningsprosessen, og både analyse og fortolkning av resultatene begynner således i realiteten allerede i den innledende kontakten mellom forfatter og deltaker (Thagaard, 2013).

I begrepet hermeneutikk ligger det å skulle fortolke informantenes handlinger gjennom å utforske og lete etter et dypere meningsinnhold enn det som umiddelbart synes fremtredende. En hver tekst får sin mening ut fra hvilken kontekst den ses i. (Kvale & Brinkmann 2009; Malterud, 2011), og forfatterens forforståelse blir således avgjørende for hvilket meningsinnhold som fremstår gjennom tolkingen. Med handlinger forstås i denne sammenhengen de tekster som fremkommer i det transkriberte materialet (Thagaard, 2013).

4.2 Planlegging og gjennomføring

4.2.1 Innhenting av data

Selv mord er for mange fortsatt et tabubelagt område. (Hjelmeland et al., 2010; H. Hjelmeland & L. Knizek, 2010). Samtaler i gruppe med en trygg og rolig atmosfære kan legge til rette for en gruppedynamisk interaksjonsprosess, og således gi en et bedre grunnlag for en faglig og utviklende diskusjon enn tilfelle vil være i enkeltintervjuer (Lerdal & Karlsson, 2008). Et godt gruppespill kan også gjøre det lettere å uttrykke synspunkter som vanligvis ikke er tilgjengelige. (Kvale & Brinkmann 2009). Det ble besluttet å innhente data gjennom fokusgruppeintervjuer. Dette er en metode som er godt egnet til utforskning av et miljø hvor flere mennesker samhandler, og studiens hensikt er å få økt kunnskap basert på informantenes synspunkter og erfaringer innenfor et felles område. (Malterud, 2012; Patton, 2002). I en fokusgruppe er det ikke noe mål om å oppnå enighet, ei heller uenighet, og noe av metodens styrke er å skape og utnytte spenningen i feltet mellom uenigheter og motsetninger (Patton, 2002).

Kvale og Brinkmann presiserer viktigheten av å tenke gjennom hvordan intervjuene skal analyseres før de utføres (Kvale & Brinkmann 2009). Forskningsspørsmålet var styrende for planlegging av intervjuene for å unngå å bli sittende med uoverkommelig datamengde mer eller mindre uten relevans for studien. Intervjuene måtte ledes på en måte som ikke ville medføre uheldig eller utilsiktet påvirkning, samtidig som diskusjonene ble holdt innenfor de emner og de rammer som var av relevans for forskningsspørsmålet. For å oppnå dette ble det semistrukturerte intervjuer lagt til grunn ved innhenting av informasjonen i studien. Dette for å sikre en tilstrekkelig grad av styring, samtidig som det ville ivareta mulighetene for en åpen og kreativ dialog i intervjuene. For å få frem en så fordomsfri og upåvirket beskrivelse av fenomenene som mulig, ble det besluttet å la en nøytral, utenforstående moderator lede intervjuene.

Eksplorerende studier preges av fleksibilitet (Thagaard, 2013), og for å oppnå størst mulig *transparens* eller *gjennomsiktighet* i formidling av prosessen og resultatene (Tjora, 2012), ble det lagt vekt på en detaljert beskrivelse av prosessen slik at det skal være tydelig hvilke valg og vurderinger som er gjort underveis.

En medvirkende faktor i vurdering og beslutning av forskningsstrategi og design har vært at en lignende studie er gjennomført i forhold til *helsesøstre* som har gjennomført førstehjelps-kurset. (Tallaksen et al., 2013).

4.2.2 Utvalg og adgang til forskningsfeltet

I tillegg til en pilotgruppe var det planlagt å intervju 3 fokusgrupper. Studiens utvalg var ansatte i NAVs førstelinje. Statlig eller kommunal tilknytning var av underordnet betydning, og eksterne leverandører av tiltak (kurs) til NAV ble sidestilt med NAVs egne veiledere. Del-takelse fra skjermet virksomhet (atførings- og vekstbedrifter) var vurdert, men var med rådende rammefaktorer ikke aktuelt.

Inkluderingskriterier:

- Gjennomført kurset "VIVAT - Førstehjelp ved selvmordsfare".
- Minimum 6 måneders relevant jobberfaring i én til én relasjon etter gjennomført kurs.

Flere av de forespurte NAV kontorene hadde ikke anledning til å delta i studien. Andre kontorer var positive, men hadde ikke tilstrekkelig antall frivillige informanter. Uforutsett fravær på kort varsel medførte at flere av gruppene ble mindre enn opprinnelig planlagt, og sammensetting av utvalgene ble styrt mer av tilgjengelighet enn av andre forhold. Alle tilgjengelige informanter ble inkludert.

4.2.3 Intervjuguide

Med utgangspunkt i forskningsspørsmålet ble 4 intervju spørsmål formulert og samlet i en intervjuguide. (Vedlegg). Intervjuguiden inneholdt følgende 4 spørsmål/fokusområder:

1. Relasjonen i møte med brukerne
2. Kollegers betydning i jobben med selvmordsnære og personer i vanskelig og pressede situasjoner.
3. Muligheter og rutiner for videre henvisning av personer med selvmordstanker
4. Førstehjelpskursets betydning for utførelse av jobben i møte med selvmordsnære brukere

Intensjonen var å sette i gang en bevisstgjøringsprosess omkring de tre første områdene innledningsvis i intervjuet. Det skulle danne grunnlag for å ta frem informasjon om Førstehjelpskursets betydning for utførelse av jobben (spørsmål 4).

4.2.4 Gruppesammensetning

Informanter fra 3 forskjellige NAV kontorer og én tiltaksarrangør deltok i 4 fokusgrupper. Alle grupper ble intervjuet to ganger. Intervjuene ble gjennomført med følgende deltakelse: (2.gangs intervju i parentes)

Pilot: 2(1) deltakere – varighet 1:20 (0:35)

Grp A: 7(6) deltakere – varighet 1:28 (0:55)

Grp B: 3(3) deltakere – varighet 1:20 (0:43)

Grp C: 4(4) deltakere – varighet 1:23 (0:54)

Til sammen deltok 16 informanter, hvorav 14 kvinner. Med unntak av 2 informanter i én gruppe, kjente alle hverandre.

Sosionomer utgjorde et stort flertall. De øvrige hadde opplæring innen samfunnsfag, økonomi, sykepleie og barnevern med variert erfaring i hovedsak fra NAV/psykisk helse, men også fra næringsliv og undervisning, samt annen veiledning av NAVs brukere.

En informant hadde utdanning som kursleder i VIVAT, men ikke erfaring som dette.

I en av fokusgruppene deltok en leder sammen med informanter tilsatt i egen avdeling.

Flere av informantene hadde vært deltakere på førstehjelpskurset hvor forfatter hadde vært kursleder.

Et antall informanter hadde gjennomgått oppfriskningskurs i VIVAT regi (1 dag).

3 av informantene var kolleger av forfatter.

4.2.5 Gjennomføring

Deler av den informasjonen som ble samlet inn under det første intervjuet i pilotgruppen, hadde ikke tilstrekkelig fokus på betydningen av førstehjelpskurset. Spørsmål 4 i intervjuguiden (VIVATS betydning for jobben) ble derfor i de senere intervjuene stilt flere ganger underveis og ikke bare som spørsmål til slutt, noe som medførte mer informasjon relatert til forskningsspørsmålet.

Utover tilpasning i form av oppfølgingsspørsmål i de enkelte grupper, ble ingen endringer utover det som er beskrevet her gjort i intervjuguiden.

En case ble utarbeidet til eventuelt bruk hvis gruppene skulle ha vanskelig for å komme i gang med diskusjonen/dialogen. Denne ble ikke tatt i bruk.

For å styre intervjuprosessen med minimal påvirkning fra forfatter, ble det planlagt at intervjuene skulle ledes av en ekstern moderator uten kjennskap til selvmordsforebygging, men med utstrakt erfaring fra gruppediskusjoner som arbeidsform. Forfatter skulle være tilstede. Det ble på forhånd gjennomført et møte mellom forfatter og moderator hvor forhold rundt intervjuet ble diskutert og gjennomgått, herunder kvalitativ forskning og fokusgruppeintervju

som innhentingsmetode, studiens forskningsspørsmål, intervjuguide, tidsrammer mv samt forfatters rolle under intervjuet.

Det første intervjuet i pilotgruppen ble gjennomført med ekstern moderator og med forfatter som passiv tilhører, resterende intervjuer gjennomført av forfatter alene.

Samtlige åpningsintervjuer startet med lette, beskrivende spørsmål omkring jobb, bakgrunn mv (Brinkmann & Tangaard, 2012). De ble også spurt om når de hadde gjennomført førstehjelpskurset. Alle grupper fikk deretter et åpent spørsmål om hva de husket best fra førstehjelpskurset. Dette la et godt grunnlag for videre dialog.

Intervjuene i pilotgruppen ble foretatt på forfatters arbeidsplass, øvrige intervjuer ble foretatt på de respektive informanters arbeidsplass innenfor informantenes ordinære arbeidstid. Tidspunkt for gjennomføring var med hensikt lagt slik at det skulle være mulig å få transkribert et intervju før neste gjennomføring.

4.2.6 Transkribering

Intervjuene ble tatt opp digitalt, og overført til tekst (transkribert). Det ble under intervjuene brukt 2 lydopptakere som teknisk sett fungerte meget tilfredsstillende. Transkriberingen ble gjennomført av forfatter, og utgjorde til sammen 150 sider. Dataprogrammet Hypertranscribe versjon 1.6 ble benyttet under transkriberingen.

4.2.7 Informantsjekk

Det var i utgangspunktet planlagt at alle informanter skulle lese igjennom det transkriberte materialet for å sikre at alle sto inne for det de hadde sagt under intervjuet også etter at de har gjennomført det. Ingen synspunkter eller uttalelser som kom frem var av en slik karakter at de etter forfatters vurdering ville være gjenstand for uenighet eller feiloppfatning, og ingen informasjon var etter forfatters vurdering av en slik karakter at det var behov for verifikasjon av etiske hensyn. Informantsjekk ble gjennomført etter pilotintervjuet. I tråd med forfatters forventninger hadde ingen av informantene kommentarer, og informantsjekk ble droppet for de senere intervjuer. Det er i ettertid ikke kommet indikasjoner på at informantsjekk burde vært gjort.

En slik informantsjekk kunne ha avdekket eventuelle feil/-tolkinger under transkriberingen, og således ha styrket studiens troverdighet, men innsatsen ville ikke stått i forhold til resultatet sett opp de eksisterende rammefaktorer for studien.

4.2.8 Sensitive temaer

I respekt for at studiens tema kunne bringe frem tanker og erindringer som kunne være vanskelige for den enkelte informant, ble dette tatt opp ved slutten av hvert intervju. Forfatters telefonnummer var kjent for alle informanter, og det ble gitt tilbud om å ta kontakt ved behov.

4.3 Analyse og fortolkning

Analyse

Analyse av kvalitative data har som mål å gjøre det mulig for en leser å få økt kunnskap om saksområdet det forskes på uten selv å måtte gå gjennom det empiriske materialet som er samlet inn. Studiens design er dimensjonerende for mengden av innsamlet datamateriale, og omfanget av innsamlet materiale danner grunnlag for hvor omfattende og komplisert analysen skal bli (Kvale & Brinkmann 2009; Tjora, 2012). Disse hensyn ble tatt, og selv om materialet var omfattende, var der med unntak av pilotintervjuet, lite som ikke hadde relevans for studien. Det medførte at analysen ble en meget omfattende og tidkrevende jobb.

Transkripsjonen har til hensikt å gjøre innholdet i intervjusamtalene mer tilgjengelig og bedre egnet for analyse. Meninger kommuniseres også nonverbalt, og mye informasjon må utelates i denne prosessen. (Graneheim & Lundman, 2004).

Datainnsamling, fortolkning og analyse grep inn i hverandre, og analysen startet i realiteten allerede med transkribering av det første intervjuet. Dette tok tid, og krevde både oppmerksomhet og sensitivitet i forhold til hva som fantes i empirien og hva som var et resultat av forfatters egen tolking i forhold til problemstilling og forventninger (Tjora, 2012).

Transkribering ble gjennomført bortimot 100 % ordrett. I enkelte sammenhenger slo informant over på dialekt når han/hun ble ivrig, det var da naturlig å bruke dialekt i transkripsjonen. Lange setninger ble gjengitt ordrett uten å gjøre grammatikalske rettelser så lenge det ikke gikk ut over mulighetene til å oppfatte budskapet i setningen.

Blant informantene var der også ikke – etnisk norske. Norskkunnskapene hos disse var uten unntak meget gode, men innimellom forekom enkelte små grammatiske feil. Disse ble i nødvendig grad rettet av hensyn til personvernet og sporbarhet og når det ellers var hensiktsmessig.

Stilltiende samtykke i form av bekræftende nikk, "hm" ol, ble etter beste evne markert med (). Stemningsbeskrivelser som latter, humor ble når hensiktsmessig beskrevet med ord eller emoticons. Eksempelvis: (latter, ☺).

Hensikten med analyseprosessen er å gi grunnlag for å finne underliggende meninger og fortolkninger i det empiriske materialet. Intervjuene ble transkribert umiddelbart etter at de var gjennomført. Forholdet til materialet var da ferskt, og nyttige notater med tanke på den senere analyse ble gjort. Dette var nyttig i forhold til transkribering av stemmeleie, ironi, smil, latter, bekræftelser ol. Selv om mye av denne type informasjon ble fanget opp, er dette vanskelig å transkribere i ettertid, og noe gikk med stor sannsynlighet tapt under transkripsjonen.

Analyseverktøyet ENVIVO ble vurdert brukt, men ikke funnet hensiktsmessig under de eksisterende rammebetingelsene. Det empiriske materialet ble behandlet ved hjelp av regneark, og organisert slik at det var mulig raskt å finne tilbake til lydopptaket. Dette viste seg nyttig i analyseprosessen, da det tidvis var både tidkrevende og utfordrende å få tak i innholdet som var presentert både på dialekt og ikke-etnisk norsk. I tillegg til at det var til god hjelp når det var tvil om hvem som sa hva.

Den første del av kodingen tok utgangspunkt i begreper og innhold i datamaterialet. Alt materialet ble sett under ett, og 150 transkriberte sider ble kondensert til i underkant av 160 tekstnære meningsbærende enheter.

Neste steg i prosessen var å kategorisere de kondenserte meningsbærende enhetene etter hva som var relevant sett opp mot problemstilling og forskningsspørsmål. Dette endte i første omgang opp med 16 temaer. Det ble ganske tidlig i analyseprosessen klart at relasjonsbevissthet/-kompetanse ville ta stor plass, og at disse funnene hadde et internt og et eksternt fokus: Under temaet "Økt selvtillit" ligger det interne fokus på relasjonen informanten har til seg selv. "Økt profesjonell handlekraft" har i større grad et utadrettet fokus mot kolleger, brukere og samarbeidspartnere. Under hver av disse to hovedtemaene ble det empiriske materialet ytterligere kondensert i 3 subtemaer.

Temaene kan fremstilles slik:

Økt selvtillit

Tryggere og modigere

Tydligere og mer direkte

Økt bevissthet om egne grenser

Økt profesjonell handlekraft

Bedre vurderinger og færre henvisninger

Økt anerkjennelse i nettverket

Nyttig verktøy på andre områder

Eksempel fra analyseprosessen:

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Subtema	Tema
...Jeg våger å spørre direkte. Jeg er blitt tøffere - tør å fiske, spørre, borre - Jeg tenker for min del så har det gitt meg trygghet som jeg ser at jeg overfører til nesten alle arenaene i jobben min, altså - det å stå i det ubehagelige, det å tørre å fiske - være litt mer på... - da føler brukerne at vi ser dem og, når de får lov til å være i det mørket uten å rushe videre,	Spørre direkte gir trygghet og mot som overføres til andre arenaer i jobben	Tryggere og modigere	Økt selvtillit
...jeg tenker det er positivt i forhold til å kunne snakke om virkeligheten - jeg tåler brutale utsagn - vi sier, signaliserer at dette tåler jeg... mens det å være i det, være så konkret og brutal, eller hva man kan si, det tenker jeg er en styrke i	Det å være tydelig og konfronterende signaliserer kompetanse og trygghet	Tydligere og mer direkte	Økt selvtillit

forhold			
- selve førstehjelpen knyttet til dette - er vel veldig sånn begrenset type handling, i motsett til det jeg nå faktisk opplever - ikke sant - flere av de brukerne jeg har nå, har snakket om selvmord - de er kanskje ikke selvmordsnære, men de forteller at tankene har vært der, at de delvis kanskje vil komme tilbake, at de ikke ser noen mening med livet, og det er også en form for førstehjelp, men den strekker seg jo over lenger tid...men så har jeg et spørsmål da, fortsetter den førstehjelpen, er du kanskje den som aller best kanskje er i stand til å videre føre den førstehjelpen ...	Økt utholdenhet i møte med selvmordsnære - også over tid	Bedre vurderinger og færre henvisninger	Økt profesjonell handlekraft
- vi er i en annen type dialog med spesialisthelsetjenesten, og at vi - jeg opplever vel at vår stemme - at de er like avhengige av våre betraktninger som det vi er av deres vurderinger. Og det er en endring de siste årene.	Det er de siste årene et bedre samarbeidsklima og en annen dialog med bla spesialisthelsetjenesten	Økt anerkjennelse i nettverket	Økt profesjonell handlekraft

Temaene er av natur slik at de på mange måter henger sammen og delvis griper inn i hverandre. Økt selvtillit handler om veileders relasjon til seg selv og sitt eget ståsted, samtidig som selvtillit også påvirker relasjonen til de eksterne samarbeidspartnere. På samme måten vil opplevelsene i relasjonene med eksterne samarbeidspartnere også kunne påvirke selvtilliten.

Det har også vært vanskelig å trekke grensen mellom subtemaene "Tryggere og modigere" og "Tydeligere og mer direkte", begge har betydning for relasjonen med bruker. Det er heller ingen klar grense mellom hva som påvirker en "Økt bevissthet om egne grenser" og hva som gjør en "Tryggere og modigere", enn si "Tydeligere og mer direkte".

En tilsvarende sammenheng kan finnes mellom temaene Bedre vurderinger og færre henvisninger og Økt anerkjennelse i nettverket. De er også gjensidig påvirkende, og kan gripe inn i hverandre.

En hermeneutisk tilnærming til fortolkningsprosessen er utfordrende og tidkrevende - det finnes ikke noen standardisert måte å gå frem på. Eksemplene som er vist til her kan stå som en illustrasjon på de sammenhengene og den gjensidige innvirkning og kompleksitet som karakteriserer de relasjonene denne undersøkelsen omhandler. Hele det empiriske ble gjennomgått som helhet flere ganger, og nye sider og vinklinger trådte fram ved hver gjennomlesing. En fortolkning er ikke endelig, og fortolkningene presentert her gir seg således ikke ut for å være de eneste mulige fortolkningene av teksten, men på et sted måtte forfatterens hermeneutiske spiral stoppe av praktiske og tidsmessige årsaker ved de funn og fortolkninger som er gjort i kapittel 5.

4.4 Etske betraktninger og forhold

4.4.1 Formelle tillatelser

Studien var meldepliktig i henhold til personopplysningsloven, og ble rapportert til NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, vedlegg 1)

Det ble initielt gjort henvendelse til Oslo kommune sentralt med forespørsel om å få gjennomføre undersøkelsen med informasjon om studien (Vedlegg 2). Et større antall NAV kontorer i og utenfor Oslo ble også kontaktet direkte av forfatter med forespørsel om å få gjennomføre undersøkelsen. En av NAVs tiltaksarrangør ble også kontaktet.

Alle henvendelser gikk til enhetens leder som sendte ut informasjonen til potensielle informanter, og interesserte informanter tok så direkte kontakt med forfatter pr E-post. På den måten ble anonymiteten til de som ble forspurt, og som ikke ønsket å delta, ivaretatt.

Informanter som meldte sin interesse ble alle direkte tilskrevet av forfatter med supplerende informasjon (Vedlegg 3). Informert samtykke ble innhentet før intervjuene.

VIVAT Selvmordsforebygging's ledelse ble orientert om studien.

Siden studien ikke omfattet intervju av brukere/klienter, men kun veiledere, ble det ikke vurdert som nødvendig å innhente tillatelse fra Regional Etisk Forskningskomité (REK).

4.4.2 Konfidensialitet

Datamaterialet har kun vært tilgjengelig for forfatter og veileder. Lydfiler vil bli slettet etter at studien er avsluttet.

Informantenes profesjon hadde betydning for resultatet, og kunne derfor ikke utelukkes. Ingen av de deltagende avdelingene/kontorene er navngitt, og anonymitet anses tilstrekkelig ivare tatt.

Ingen kontroversielle eller støtende uttalelser fremkom under intervjuene. Alle informanter vil kunne stå for de uttalelser som publiseres og forfatters tolkinger av disse, uten at det er behov for at informantens syn spesifikt må fremheves. Ingen uttalelser var i strid med gode, faglige vurderinger, og det var således ikke nødvendig med noen vurdering sett ut fra slike hensyn.

5 Presentasjon av funn og fortolkninger

Generelt

Funnene presenteres ved bruk av sitater og utfyllende kommentarer. Sitatene er markert med innrykk i forhold til teksten for øvrig, og gjengitt i *kursiv*. Kortere sitater er sitert direkte i teksten uten innrykk, og noen ganger har det vært hensiktsmessig å sette inn flere sitater fortløpende etter hverandre. Denne måten å presentere sitatene er valgt fordi den gir en god oversikt ved gjennomlesing.

Der hvor informanten har sagt noe forut sitatet, eller sitatet etterfølges av noe mer, er dette markert med tre punktum: ...

Bekreftelse og bifall er markert med () etter sitatet, basert på forfatters hukommelse og notater underveis.

Funnene er oppsummert i slutten av kapitlet.

Innledning

Studiens funn dreier seg i veldig stor grad om relasjonsbevissthet/-kompetanse. Dette er kategorisert i en intern og en ekstern dimensjon:

Økt selvtillit har et klar internt fokus, og handler om veileders relasjon til seg selv, om trygghet, kompetanse og erfaring. En hjelper må være forberedt, villig og kompetent for å kunne yte førstehjelp ved selvmordsfare til andre.

Økt profesjonell handlekraft Veileder vil påvirke sine omgivelser, og omgivelsene vil påvirke veileder. Bevissthet omkring dette er kjernen i den andre dimensjonen, og handler om fokus på samarbeidet og relasjonen til kolleger, brukere og samarbeidspartnere, - den eksterne dimensjonen.

De to dimensjonene henger sammen, egen trygghet - og utrygghet vil ha en smitteeffekt, og således påvirke relasjonen til bruker.

5.1 Økt selvtillit

Både diskusjonene og analysen viste i alle fokusgrupper at informantene opplevde en økt evne til å mestre egen arbeidssituasjon. Dette gjelder i forhold til egen trygghet så vel som i relasjonen til brukere og kolleger.

5.1.1 Tryggere og modigere

Våge å spørre

Et stort flertall blant informantene rapporterte at de følte seg tryggere og modigere i vanskelige og følelsesladde møter med sine brukere etter kurset. Der de tidligere hadde gruet seg for å spørre, opplevde de at de etter kurset i større grad våget å spørre direkte om selvmordstanker og – planer:

... Tidligere så tenkte jeg - før det kurset - åh, gud, skal jeg stille det spørsmålet, hva hvis han sier noe som jeg ikke kan - gi videre eller gi svar på - hvordan skal jeg takle det?

Når informantene gjorde dette, rapporterte de om en bedre samtale, at de følte at de ga en bedre omsorg og hjelp til brukeren, noe som på sin side medførte en mer tilfredsstillende arbeidsdag:

... fordi at den kompetansen vi, eller jeg fikk med oss derfra, gjør meg tryggere, og da er det lettere å jobbe...

Det antas at dette vil gi bedre tilgang til intim og sensitiv informasjon, noe som på sin side vil gi et bedre grunnlag for vurderinger i/av situasjonen.

Det kan synes som at tryggheten vokste frem i møtene *sammen* med brukerne. Flere informanter uttrykte: *... Det gir deg trygghet i hvert fall. Det er summen av både VIVAT og erfaringene med brukere...*

Tillit

Betydning av tillit ble av mange informanter trukket frem som en avgjørende faktor for å etablere trygghet i relasjonen. Diskusjonen avdekket bred enighet om at disse to faktorene er viktige og gjensidig avhengig av hverandre.

... - i min verden kan ikke det ene eksistere uten det andre - du kan ikke ha tillit uten man er trygg, og man kan ikke få trygghet uten at det er basert på tillit" og "... jeg tror det betyr alt...

Sitatene er representative for det store flertall av informantene. De rapporterte at den tryggheten som kurset hadde tilført dem, også hadde økt tilliten i relasjonen med sine brukere.

Tidsfaktoren ble også fremhevet som viktig for å etablere tillit i relasjonen: *... for den tiden og tryggheten henger jo veldig sammen, du får liksom ikke etablert den hvis du ikke tar deg tid...*

Økt utholdenhet i vanskelig samtaler

Mange hadde opplevd det vanskelig å sitte i samtale med en person og snakke om selvmordstanker. Det fremkom tydelig i diskusjonene at evnen til å holde ut i de vanskelige samtaler opplevdes bedre, og at dette også ble oppfattet som positivt i forhold til relasjonen og på utførelse av jobben. En uttrykte seg slik:

... altså, det å våge å være i det ubehagelige, i dødsønsket da, mye lengre enn det mange av oss kanskje vanligvis har gjort da, vi skynder oss over til det positive,() det var der et ganske stort fokus på VIVAT.()Våge å bli der i det mørket, en stund.

Der de tidligere hadde opplevd nærmest en innebygd drivkraft mot en rask løsning og et ønske om å ville "dra de(brukerne) over i sikkerhet", kunne de nå holde ut lenger i samtalen, og således ha en mulighet til å gå mer i dybden sammen med brukeren. Som det ble uttrykt:

... men før kurset var jeg sånn mer sånn løsningsorientert- jeg var litt rask med å prøve å komme med løsninger - litt for tidlig - hvem kan jeg ringe for å gjøre hva - mens man nå faktisk på en måte kunne stå i den samtalen som kommer - gå i dybden på ting...

Å ha/ta tid til å sitte i samtaler og kunne snakke direkte og konkret med en person om død, selvmord og om det å ta sitt eget liv, gjorde at tilliten ble bedre, og at det ble en bedre samtale av det. Selv om dette umiddelbart tok noe mer tid, medførte det en bedre utnyttelse av tiden sett i et lenger perspektiv: *... - at det tar tid akkurat der og da, men det blir mindre brannslukking kanskje etterhvert.*

Flere informanter var også tydelige på at det å prioritere tid i de vanskelige samtaleene også hadde en positiv innvirkning på jobben som ble gjort. En uttrykte seg slik:

Jeg tror at jeg gjør en bedre jobb. Jeg tror den blir grundigere, og jeg tror at man - kanskje - i hvert fall at de gangene som man har trygghet da - at man føler at man mestrer jobben sin og at det er positivt, samtidig som i hvert fall vi har et veldig stort produksjonskrav som kan være vanskelig å forene med akkurat det - at man kanskje i en sånn samtale eller etterpå føler veldig på at dette tok veldig mye tid, og at man da er nødt til å nedprioritere andre oppgaver eller jobbe lenger - overtid - sånne ting. Men jeg tror at man i sånne situasjoner er tjent ved å gjøre det grundig, at det er bedre.

Det kan også tolkes som at kurset har gitt en mer effektiv måte å jobbe på.

Trygghet også når det *ikke* gikk som planlagt

Frykten for å gjøre og si ting feil var til stede hos mange informanter. Det å miste en bruker i selvmord var en underliggende frykt som påvirket hverdagen for mange. Flere rapporterte at de etter kurset hadde økt trygghet i hverdagen, også når ting ikke gikk som forventet:

... gir meg mye trygghet og det gir meg energi til å gå videre til neste oppgave som kan bli mer trygt - også når ting går galt.

Metodikken i VIVATs intervensjonsmodell ble også anvendt som en form for evaluering av hvordan det hele hadde forløpt:

... så kjenner jeg at jeg faktisk gikk gjennom og brukte VIVAT metoden og på en måte evaluerte - har jeg gjort alt som jeg skulle...

Tabu

Diskusjonene i alle gruppene viste at selvmord og selvmordsproblematikk fortsatt oppfattes å være et område belagt med både tabu og myter. Noen rapporterte at de før førstehjelpskurset kjente motstand mot å spørre direkte i frykt for å påvirke bruker til å ta livet sitt.

Majoriteten opplevet tabuiseringen omkring selvmordet som en utfordring, noe som gjorde det vanskelig å ta opp temaet selvmord i samtale med brukerne. Det å utfordre og bryte ned tabuene ble av mange oppfattet som en utfordring det var viktig å kunne møte og håndtere:

... den tryggheten i det å tørre å spørre og bryte ned tabuer – er en av de tingene som jeg virkelig tok med meg fra kurset...

Mange ga uttrykk for en bedre og mer åpen dialog med brukerne når de torde å utfordre og bryte ned tabuene.

Kompetanse

Førstehjelpskurset ble beskrevet som meget positivt og nyttig, og det var meget stor enighet om at alle nyansatte ville ha stor nytte av et sånt kurs.

Mange informanter satt fra før av med til dels betydelig kompetanse innen det å møte selvmordsnære personer. Diskusjonene avdekket at det på enkelte områder kunne være vanskelig å være konkret om VIVATs direkte betydning. Det er imidlertid en klar oppfatning at VIVAT har gitt en tilleggsforståelse og en spisskompetanse som gir et veldig godt grunnlag for sammen med brukerne å utvikle en bedre relasjon og derigjennom oppnå en mer tilfreds bruker. Som en uttrykte det:

... - det er blitt gode erfaringer fordi at VIVAT lå der som et fundament, eller på en måte en sånn mur eller et eller annet som du kunne lene deg litt på, så var du litt ute i treningsfeltet, og så går årene, og til slutt så husker du ikke helt om det er kurset eller om det er det at du har brukt det såpass mye og implementert i deg selv ...

Det hersket bred enighet blant informantene om at de hadde fått et kraftfullt verktøy gjennom VIVAT. En uttalelse kan illustrere dette:

... vi er jo ikke faglærte egentlig, men vi ser jo faktisk at vi kan bidra og vi har klart å snu folk fordi vi klarer gjennom de verktøyene vi har og få de på bedre tanker...

Flere beskrev seg selv som mer kompetente etter kurset, og at de gjorde en bedre jobb og ga bedre hjelp og støtte til sine brukere. Det ble også tatt i bruk beskrivelser som en bedre profesjonell yrkesutøver, mer kompetent. Flere refererte også til situasjoner som etter deres mening hadde hatt uheldige og utilsiktede konsekvenser grunnet manglende kjennskap til VIVATs intervensjonsmodell.

Pedagogisk metode

Den pedagogiske metoden som kurset bygger på, ble omtalt positivt av informantene. Den fremmer erfaringsbasert læring og gir rask og nyttig kompetanseheving gjennom egne opplevelse og erfaring. Kurset beskrives som praktisk rettet, grundig og dagene utnyttes maksimalt. Kravet om aktiv deltakelse trekkes av mange frem som positivt, og sammenlignet med andre kurs uttales det: "... – på et VIVAT kurs nytter det ikke å stikke seg unna, du må delta aktivt hele tiden."

Det er et godt grunnlag i det empiriske materialet for å hevde at rollespillene i kurset er en viktig faktor som hever helhetsinntrykket av kurset. Mange opplevde deltakelsen i rollespillene som veldig realistiske. De glemte at det var et spill, og selv i en trenings/ opplæringsssituasjon opplevde de det vanskelig å spørre direkte om selvmordstanker. Denne uttalelsen er representativ for mange:

... men jeg husker veldig godt dette rollespillet når (navn) sto på brua og skulle hoppe - bare den scenen... - for meg så var det veldig virkelig. Jeg husker det ikke som et rollespill - jeg husker det som en sånn veldig sånn reell situasjon, det er sånn som jeg har tatt med meg i forhold til hva gjør du hvis du møter det der og da...

Det er grunn til å anta at den ferdighetstreningen som rollespillene gir, er en av hovedgrunnene til at kurset av flere fremheves positivt sammenlignet med andre kurs/utdanning:

... følte at jeg fikk mer utbytte av de to dagene enn mange dager på skolen.

5.1.2 Tydeligere og mer direkte

Konfronterende

Mange informanter opplevet at de kunne være tydeligere og mer direkte i dialog med sine brukere. Ved å være mer "konfronterende og brutal" signaliserte de kompetanse og trygghet, og opplevde å raskere komme til kjernen av hva saken dreiet seg om. Dette kom til uttrykk slik:

... - vi sier signaliserer at dette tåler jeg - alle de konkrete spørsmålene, til forskjell fra det som mange opplever at man vil fort inn i trøsten eller løsning...

... - mens det å være i det, være så konkret og brutal, eller hva man kan si, det tenker jeg er en styrke i forhold til - da føler brukerne at vi ser dem og, når de får lov til å være i det mørket uten å rushe videre...

Flere mente at det selv om den enkelte samtale kunne ta lenger tid der og da, ville det være en innsparing i tid sett i et litt lenger perspektiv.

Påvirkning og smitteeffekt i relasjonen

Det empiriske materialet viser at mange lot seg påvirke i relasjonen, og var bevisst betydningen av dette. Som det ble uttrykt:

... viktig, på en måte være bevisst på egen trygghet og hvordan det utstråler og liksom trygger personen, – på den måten at det blir en sånn smittekontakt, smitteeffekt...

Et viktig moment for å oppnå en positiv påvirkning i relasjonen var etter manges oppfatning å kunne fremstå som en som virkelig så og brydde seg om brukeren. Flere var blitt oppfordret både av brukere og overordnede til å gi litt av seg selv for å fremstå som et menneske og ikke bare en "person på NAV". Som det fremkommer i flere av fokusgruppene:

... så har flere i etterkant sagt at, du så meg, du spurte det som ingen andre har spurt om, liksom, og at det på en måte, det går tilbake til det å danne en sterkere relasjon...

Formell makt og brukermedvirkning

Det hersket stor grad av enighet om at formell makt i relasjonen ikke var ensbetydende med økt brukermedvirkning. Styring og påvirkning kan i varierende grad være nødvendig for å få brukerne med på upopulære beslutninger:

... men jeg tenker brukermedvirkning er noe som ikke alltid - jeg tror de av og til trenger at de ikke har det, når det er mye kaos, hvis de er veldig syk eller sånt, så er det noe med at noen ønsker at man bare kan bestemme - jeg synes ofte at de synes at de får for mye valg.

... og det er ikke nødvendigvis sånn at de snilleste saksbehandlerne er de som brukerne har mest tillit til, og de strengeste de brukerne liker minst, det er på ingen måte en konsekvensendens, synes jeg.

Nyttig verktøy

Med referanse til VIVATs intervensjonsmodell, fremgikk det av diskusjonen i alle gruppene, at kurset hadde gitt veilederne et verktøy som var nyttig i møte med selvmordsnære personer. I tillegg til trygghet og en styrket følelse av å kunne være mer konkret og direkte, hadde kurset også betydd noe på det strukturelle og metodiske plan:

... - det blir så organisert med den intervensjonsmodellen, det blir veldig klart hvordan man skal gå frem føler man, så det hjelper jo. Det styrker jo min rolle som profesjonell utøver, jeg er mer rustet til å ta disse samtalene. Man minimaliserer frykten for at selvmord kan komme opp som tema i klientsamtale. Jeg tenkte liksom før at disse samtalene ikke er noe jeg har lyst til å ta, for det er ikke noe jeg kan. Men nå føler jeg at jeg - jeg er enda ikke god på det, men jeg har ikke så stor erfaring, men jeg har i hvert fall noen knagger å spille på, jeg har noe verktøy.

Det kom også frem i diskusjonene i flere grupper at førstehjelpskurset hadde vært til nytte i situasjoner hvor brukere truet med å ta sitt eget liv:

... og jeg husker at VIVAT hjalp meg til å få et verktøy - hvordan skal jeg forholde meg til en selvmordstruende pasient eller bruker. Så det satt ting liksom litt i system...

Som et hjelpemiddel til å utarbeide handlingsplan/kriseplan i møte med en selvmordsnær, ble det i flere grupper henvist til "huskekortet" som deles ut under kurset. Flere oppfattet dette som et nyttig verktøy, en guide i hvordan forholde seg i møte med en person med selvmordsplaner. Som en (erfaren) veileder uttrykte det: - ... kortet har jeg i lommeboken min jeg også, det er egentlig veldig praktisk.

5.1.3 Økt bevissthet om egne grenser

Økt eksistensiell bevissthet

Flere momenter i det empiriske materialet kan indikere en økt (eksistensiell) bevissthet i forhold til egne reaksjoner og følelser, og til selvmord som fenomen.

På kursets første dag fylles det ut individuelle spørreskjemaer omkring egne opplevelser i forhold til selvmord. Disse skjemaene inneholder direkte spørsmål til hver enkelt deltaker om egne tanker om selvmord og selvskading. Spørsmålene er nokså direkte, og eventuelle kurs-

deltakere med tanker om å ta sitt eget liv den siste uken, vil kunne bli fanget opp. Denne informasjonen sammenstilles og presenteres i kursets aller første del som et ledd i å synliggjøre hvilken kunnskap og erfaring deltakerne har med emnet. Ikke sjelden deltar personer på kurset som har forsøkt å ta sitt eget liv, eller som har eller har hatt tanker om det. Denne presentasjonen synes å ha en bevisstgjørende effekt, som en informant uttrykte det: ... - *at hvem som helst - til og med oss her i rommet kan ha sånne tanker...*

Det kom også frem i diskusjonen at VIVAT hadde åpnet for en økt bevissthet i forhold utenfor jobben:

... - vekket mere moralske verdier i meg, tenker jeg med det kurset jeg har gjennomført – litt bedre samfunnsborger på en måte - at jeg er litt mer våken på hva som skjer rundt meg, på det som er i nærmiljøet, ikke bare på jobben...

Det kom også frem at mange deltakere etter kurset opplevde seg mer observante i møte med andre, at kurset hadde gitt dem en økt evne til å se signalene.

Både det empiriske materialet og analysen avdekket en endret holdning til selvmord:

... det er den endringen i synet på selvmord, tenker jeg, er størst hos meg, og at jeg tør å spørre direkte, selv om det ikke er lett...

Tungt, men givende

Analysen gir et ganske entydig inntrykk av at å møte selvmordsnære personer og brukere i vanskelig og pressede situasjoner kan være meget krevende, men også givende. Frykten for å feile, for å miste en av sine brukere oppleves å være til stede hele tiden for mange.

Uten unntak satt smilet og latteren løst i alle fokusgrupper. Beskrivelser av møtene med selvmordsnære påvirket imidlertid alle fokusgrupper i større eller mindre grad i form av ekstra taushet, lengre pauser mellom kommentarer/inns spill, alvor, litt "tyngre stemning". Undersøkelsenes eneste "kraftuttrykk" – ... *faen heller*, kom i forbindelse med en beskrivelse av opplevelser omkring et selvmord.

Tungt, men givende, er en passende beskrivelse som rommer de fleste informantenes oppfatning når de skal beskrive hvordan de opplever møtene med selvmordsnære brukere. Det å bistå personer med selvmordstanker beskrives som både vanskelig, slitsomt og energitappen-

de. Redd, rørt, satt ut, oppgitt, kjenne på et veldig sinne, få panikktanker og fortvilelse er blant de opplevelsene som går igjen når møtene beskrives.

Det oppleves som spesielt utfordrende å møte brukere som truer med å ta sitt eget liv:

... det er kjempevanskelig når de begynner med det, for vi blir kjempehjelpesløse: "men vet du da setter jeg overdosen, nå hopper jeg fra verandaen", og liksom du blir så sliten, du blir så provosert...

Flere informanter beskriver møtene med de som gjentatte ganger forteller eller truer med å ta sitt eget liv som en opplevelse av "maktesløshet" og "kjempevanskelig" når de skal foreta vurderingene. Utsagn som dette var representativt for mange av informantene:

... Men jeg kjenner veldig igjen fortvilelsen når en kommer med suicidal tanker for den tjuende gangen, ... men vi må jo hver gang gjøre vurdering, men man blir jo litt sånn pressa...

Disse beskrivelsene til tross, på et hypotetisk spørsmål hvorvidt noen ville foretrekke å få "silt ut" de selvmordsnære, var det kun et par stykker som ønsket det. Noen få satte et krav om tilstrekkelig tid til disposisjon som en forutsetning for å velge inn denne gruppen, mens det store flertallet av informantene oppga at de ønsket å jobbe med mennesker i en vanskelig livssituasjon, fordi det ga dem noe tilbake. En begrunnet sitt valg slik:

... - selv om det er veldig vondt og det er veldig vanskelig, så er det på en måte - det er en sånn ekthet som er veldig givende, eller - ja - eller veldig interessant, ja.

Andre fremhevet også at om det er utfordrende på mange måter, så innebærer det en form for egen/selvutvikling, både med intern og ekstern fokus:

... de tilfører meg så mye, jeg får utfordre meg selv, jeg får lært mye om meg selv og...

... - og jeg tror at det kurset for meg åpnet en del indre rom- det går på meg - at jeg føler meg tryggere i det jeg gjør - rettet utover..."

Økt ansvarsbevissthet

Det var stor enighet blant informantene om at de etter VIVAT kurset opplevde et større ansvar. Kunnskapen og kompetansen de hadde ervervet på kurset hadde gjort dem mer observante i forhold til signaler som kunne være viktig i forhold til å forebygge selvmord og møte

selvmordstanker. Funnene indikerer en økt ansvarsfølelse, og en økt vilje til å ta ansvaret. Som en informant uttrykte det:

... hvorfor skal ikke jeg ta den samtalen når jeg vet litt hvordan det er istedenfor at kollega eller noen andre som enten synes det er veldig ubehagelig eller som ikke har lært noe om det på en måte...

Flere hadde registrert at de hadde en økt oppmerksomhet rettet mot egne relasjoner både i jobb og privat, også på det nonverbale plan:

... det er nesten sånn at jeg føler at jeg er blitt litt bedre på å plukke opp når folk er lei seg, er trist eller har en dårlig dag, fordi at det er noe med å lese de du snakker med bedre, og det er jo ikke noe du slår av når du går fra jobb på en måte, men jeg har ikke - det har aldri vært oppe som et tema eller noe sånn, men jeg føler jeg er litt mer observant - på en måte, og at jeg tar det med inn i privatlivet...

Tydligere på egne grenser

Førstehjelpskurset har fokus på egen ivaretagelse, og det gis "hjemmelelse" mellom kursets dag 1 og dag 2, i tillegg til det er eget tema mot slutten av kurset. Uttalelser som: *... flinkere til å lytte til mine egne følelser eller kroppen eller hva jeg skal si...* tyder på en økt bevissthet om det å ta vare på seg selv – i en følelsesmessig krevende jobb.

Analysen viser at den opplevelse av trygghet som kurset har medført, gir seg utslag i forhold til å være trygg i seg selv i møte med usikre og uforutsigbare elementer. Disse situasjonene kan illustrere kompleksiteten i disse prosessene, og bevisstheten om egne grenser synes å være en forutsetning for å kunne jobbe i slike relasjoner over tid:

... Jeg tror at de vanskeligste, de verste samtalene som jeg har er når jeg har en samtale som jeg ikke er forberedt på hvor kaotisk blir...

... - føler at du gjør en god jobb, da er det positivt å ha ansvar

Om førstehjelpskurset hadde medført en større ansvarsfølelse og vilje til også å ta ansvar, så avdekket analysen at flere informanter hadde opplevd en tydeliggjøring og en grenseoppgang i forhold å møte dette ansvaret. Tidligere oppfatninger blant informantene kan tyde på en holdning om at det er mulig å hjelpe de fleste hvis en bare vil nok og holder ut lenge nok. Fle-

re beskriver en endring i denne oppfatningen etter førstehjelpskurset. Ingen kan ta ansvaret for andres liv, og utsagn som dette er representativt for alle gruppene:

... men jeg synes også at jeg satt igjen etter VIVATkurset med at - hvis planen vår går ad undas, så er det ikke min feil at noen har tatt livet sitt - jeg kan ikke ta ansvaret for det, det er noe de er nødt å ta selv –

... at VIVAT er litt det som på en måte hjalp meg i forhold til det å ha litt fokus på at hver person har ansvar for sitt liv - det har hjulpet meg å senke skuldrene litt - man har jo ansvar for sitt eget liv...

Diskusjonen avdekket at mange opplevde at de tidvis hadde problemer med å legge fra seg jobben ved arbeidets slutt. Dette ble ikke utelukkende sett på som negativt, flere hevdet at det var en fin mulighet å evaluere det de hadde gjort hjemme eller på trening. Kjernen lå i selv å kunne bestemme når denne evalueringen og refleksjonen skulle starte og slutte, for selv å være herre over situasjonen. Mange opplevde dette som vanskelig, selv om flere ga uttrykk for at de hadde lært seg teknikker for å legge det bort. Førstehjelpskurset hadde tilført noe i denne sammenheng, i tillegg til at det var oppfattet som et verktøy til hjelp med å sette egne grenser:

... nå har jeg flere verktøy enten i meg selv eller ved VIVAT og andre ting som gjør at jeg kan med trygghet tenke at nå har jeg gjort min jobb - nå skal jeg hjem, nå er jeg ferdig...

Dette kan tolkes som at kurset har medført økt kompetanse til å bære og leve med ansvar gjennom å kunne forlate det ved dagens slutt, ved å overlate det til andre i eget fravær, samt akseptere at ikke alle selvmordsnære vil fanges opp, ei heller at alle ønsker hjelp.

5.2 Økt profesjonell handlekraft

Det er bredt grunnlag i det empiriske materialet for å hevde at økt selvtillit gir økt handlingskompetanse. Sitatet gjenspeiler diskusjonen i alle fokusgruppene:

... jeg vet ikke om jeg føler at jeg har mindre eller mer ansvar før, men det er kanskje lettere å bære det ansvaret fordi at jeg vet litt mer hva jeg kan si eller hvordan man kan gå fram...

5.2.1 Bedre vurderinger og færre henvisninger

I alle fokusgrupper var der gode erfaringer med å henvise personer som ble vurdert akutt selvmordsnære. Flere sa at førstehjelpskurset har gitt dem kunnskap om hvor de skal henvende seg – og at de gjør dette ved behov.

... men også dette med henvisninger videre - hva gjør vi nå?- skal vi håndtere det her eller hva?- men absolutt at det har økt min kunnskap rundt hvilke tilbud som finnes, for det er ting jeg ikke har kjent så godt til.

Det kan tyde på at det for enkelte også har vært forbundet med en viss reservasjon å skulle kontakte andre instanser. Dette sitatet er hentet fra en av disse diskusjonene: ... - å tørre å ringe DPS (latter)...

De som er henvist akutt kommer ofte tilbake, gjerne mange ganger fordi de tilhører samme bydel. Behovet for hjelp er der fortsatt, uten at det nødvendigvis dreier seg om en akutt situasjon. "At de kommer tilbake er greit, da kan man jobbe med det - "hva er skjedd siden sist", og da har de jo faktisk klart å holde en avtale - å møte opp der og jobbe ut fra det". I andre tilfelle utgjør gjengangerne en større belastning:

... klienter som stadig kommer med litt sånn - nesten trusler - "ulv - ulv" - de skal ta livet sitt, og som nærmeste kanskje kontaktperson så kommer de ofte til oss. Det kan oppleves som litt sånn belastende å få det annenhver uke - "hvis jeg ikke får det og det så tar jeg livet mitt.

Selv om mange ansatte opplever disse situasjonene som vanskelige med både trusler og press, så fremgår det at VIVAT har bidradd til styrking av deres evne til å sitte med dette ansvaret – over tid. Sitatet representerer en diskusjon som alle gruppene var innom i en eller annen variant:

... det var på en måte sånn at vi da hadde fått litt tid og kunne faktisk sitte og prate om det og ikke nødvendigvis ta en sånn akutt vurdering i forhold til hvor alvorlig det var, vi kunne på en måte snakke om det - lage en plan at hvis det skjer - hva gjør du da... og da følte jeg på at vi var på en måte litt i forkant når hun åpnet for at hun hadde de tankene - at hun 2 måneder i forveien gikk og tenkte på det. Og da bidrar på en måte det kurset til å stå og prate – på en måte stå å prate ganske lenge om hva er det som gjør at du tenker på å slutte livet ditt og hvor det på en måte ikke ble så skummelt som jeg tenkte før da...

Det ble hevdet av flere at det spesielt de siste årene var blitt færre henvisninger når det gjaldt selvmordsnære personer. De sa at tidligere så lå vurderingen av fare hos andre, mens de nå selv hadde bedre verktøy for å kunne foreta disse vurderingene. Det ble beskrevet flere situasjoner hvor det ble hevdet at en henvisning til en annen instans var lite hensiktsmessig, og hvor en erfaren veileder som kjente brukeren og med VIVAT kompetanse ville ha resultert i en bedre løsning for bruker:

... mens hun som står mest i det, og kjenner til VIVAT metodikk, og er veldig, hva skal jeg si, modig, erfaren person, vurderer det helt annerledes.

Det stilles også spørsmål om hvorvidt det å foreta uhensiktsmessige eller unødige henvisninger kan ha uheldige konsekvenser for den det gjelder. Belastningen med å oppleve ambulanse og politi er stor hvis det reelle behovet egentlig er å ha en som kan være til stede og lytte, ble det hevdet.

Flere informanter opplever at de etter VIVAT kurset er klarere på når de skal henvide videre, og når de skal sitte med ansvaret selv.

... Jeg synes det har hjulpet i hvert fall meg - liksom bevisstgjøring - hvem som har ansvar - når man har ansvar - jeg får litt sånn at jeg tenker litt nøye når er det mitt ansvar, når skal jeg overføre eller sende eller ta kontakt med spesialisthelsetjeneste eller legevakt eller akutteamet..

Mange av diskusjonene kan imidlertid tyde på at veilederne har en økt evne til selv å sitte med dette ansvaret selv over tid. Vurderingstiden er således lenger, noe som kan resultere i bedre vurderinger før bruker eventuelt blir henvist til andre instanser.

5.2.2 Økt anerkjennelse i nettverket

Det empiriske materialet kan tyde på en sammenheng mellom bedre vurderinger/færre henvisninger og samarbeidet med nettverkene rundt veilederne. Begge parter synes å ha lært noe, og samarbeidet med disse nettverkene har endret karakter over tid. Informantene sier at "spesialistene" tidligere var inne i bildet mye oftere, mens det rapporteres om en større grad av utveksling av informasjon:

... vi er i en annen type dialog med spesialisthelsetjenesten, og at vi - jeg opplever vel at vår stemme - at de er like avhengige av våre betraktninger som det vi er av deres vurderinger. Og det er en endring de siste årene. ()

Veilederne opplever seg mere kompetent, de blir sett og anerkjent og at de blir tatt mer på alvor:

... jeg føler at det er blitt mer tatt på alvor - fordi jeg har stilt noen av de spørsmålene som var de innledende spørsmålene deres på forhånd tror jeg...

Terskelen for å ta kontakt i tvilstilfelle oppleves også lavere.

Flere opplever også at samarbeidet er lettere med kolleger som har erfaring fra VIVAT, selv om det tydelig fremheves at også annen utdanning og opplæring enn VIVAT er med på å legge grunnlaget for en god dialog.

Kollegenes rolle

Det fremkom i alle fokusgrupper at kollegene var av meget stor betydning for de som jobbet med selvmordsnære og andre personer i vanskelige og pressede situasjoner. Det kan være naturlig å dele dette i 3 hovedområder, selv om de også griper noe inn i hverandre:

- Kollegaene har en viktig og for mange en avgjørende betydning for å håndtere og gjennomføre følelsesmessige krevende individuelle samtaler med selvmordsnære personer - over tid. Kollegene fungerte her som samtalepartnere og støttespillere hvor det var rom for å dele egne erfaringer og opplevelser, både gode og vonde. Ikke alle steder var veiledning et etablert tilbud, og de ansatte var ansvarlig for egen oppfølging. Her spilte kollegaene en viktig rolle: *... En stor støttespiller - jeg synes alltid det er greit å ha noen å gå bort til enten det har vært en god opplevelse eller en dårlig opplevelse,...*
- Kollegaene spilte også en viktig rolle i den faglige oppdateringen. Det å opprettholde og videreutvikle et fellesfaglig ståsted gjennom VIVAT, fremheves som viktig av flere. Et moment som også trekkes frem som vesentlig i å etablere og vedlikeholde en trygg og trivelig arbeidssituasjon.... *- jeg blir jo alltid mye tryggere hvis jeg diskuterer det med en kollega ()...*

- Kursing, faglige fora og arbeid sammen med og omkring noe felles, VIVAT, ble beskrevet som miljøskapende og noe som var med på å skape en "vikultur". Det kan synes som om VIVAT her har hatt en tydelig teambyggende effekt, og flere beskrev fellesskapet rundt VIVAT som positivt for både individet og organisasjonen. ... - *fin måte å jobbe på og se hverandre som et team, og at vi tenker at vi er der for hverandre...*

Uttalelsene var ganske sammenfallende i de forskjellige fokusgruppene om disse punktene.

5.2.3 Nyttig verktøy på andre områder

Intervensjonsmodellen

Det var en felles oppfatning at intervensjonsmodellen slik den implementeres gjennom førstehjelpskursene, hadde relevans på andre områder og arenaer enn akkurat i samtaler hvor selvmord er agendaen. Paralleller ble trukket til det å jobbe med langtidsledige hvor det å møte bruker på hans/hennes premisser er viktig.

Mange fremhevet den økte tryggheten i relasjon til brukere, kolleger og nettverk for øvrig som nyttig i mange sammenhenger. Kommunikasjonen generelt og samtaleteknikken slik den fremstår i VIVAT kurset, var andre områder hvor det ble beskrevet konkret overføringsverdi. Økt evne til å spørre direkte og stå i de ubehagelige spørsmålene ble trukket frem i diskusjonene. Denne uttalelsen er representativ:

... men det er jo det å tørre å spørre, være litt sånn direkte, si ord som død, selvmord - liksom alt det som er vanskelig - det å tørre og spørre, det kan overføres tenker jeg...

Dette sitatet refererer konkret til en rusrelatert samtale:

... - i dag for eksempel hadde jeg samtale hvor rus var inne i bildet, og det var liksom - "OK - hvor lenge har du vært rein" - ja 3 år. Før ville kanskje ha latt det ligge der, men "nå har du flytta, hva tror du..."

Også i forbindelse med selvskading, utagerende adferd blant brukere og i det å møte trusler ble det trukket paralleller til områder hvor intervensjonsmodellen var anvendbar.

Hvorvidt det å spørre direkte og tydelig på samme måte i forhold til møter med personer som hadde vært utsatt for seksuelt overgrep, var derimot meningene noe mer delte.

Flere var også tydelige i diskusjonene på at kompetansen og erfaringene som VIVAT har gitt dem, også tas med og anvendes i relasjoner utenfor jobben på den private arena.

I alle fokusgruppene ble det opplevd synergier til andre områder i jobben: ... *Jeg overfører det til nesten alle arenaene i jobben min.*

5.3 Oppsummering av funn

Det kom klart frem av studien at kurset har bidradd til økt mestringsevne. I dette ligger en økt bevissthet og håndtering av egen arbeidssituasjon i forhold til seg selv og i forhold til brukere, kolleger og nettverket for øvrig. Mange rapporterte om økt trygghet i forhold til å kunne snakke åpent om selvmord og selvmordstanker, og mange opplevde en økt evne til å identifisere og håndtere sine egne følelser reaksjoner i trygge – og utrygge situasjoner i møte med brukerne. Dette omfattet også bevissthet og mestring av hva som hemmer og fremmer dialogen både internt i forhold til brukere så vel som i sitt eget nettverk for øvrig, også privat. Flere mente de hadde utviklet en bedre evne til å sette egne grenser. Det var enklere å skille jobb og privat, og flere opplevde det enklere å gå hjem fra jobb med god samvittighet.

En økt evne til å opptre tydeligere og være mer direkte i møte med brukerne hadde ofte resultert i bedre og mer åpne samtaler. Flere informanter opplevde økt evne til å gå i dybden i disse samtalene. Selv om det medførte at samtalene tok lenger tid, hersket det bred enighet om at det brakte dem raskere til sakens kjerne i møte med brukerne. Sett i et litt videre perspektiv, innebar det spart tid hevdet flere.

Det hersket bred enighet om at førstehjelpskurset har og hadde hatt stor betydning for deres hverdag, også sett i et samarbeids- og miljøskapende perspektiv. Også annen opplæring innen selvmordsforebygging hadde vært med på å øke deres kompetanse, og flere opplevde det vanskelig å peke på hva VIVAT konkret hadde tilført, og hva som skyldes annen utdanning og erfaring. Det var imidlertid stor enighet om at VIVAT ga et meget godt fundament og grunnlag for videre utvikling og erfaring i samspill med brukerne. Tryggheten kommer med kunnskap og øvelse - i samspill med brukerne. Ferdighetstreningen som ble gitt gjennom rollespillene i løpet kurset, ble fremhevet som realistisk og spesielt nyttig av mange informanter.

Økt profesjonell handlekraft kom frem som hovedtema i analysen, godt forankret i alle fokusgrupper. Kun et fåtall ville velge bort brukere med selvmordstanker stilt overfor en slik hypo-

tetisk arbeidssituasjon. Det ble begrunnet med at det var både utfordrende og givende å jobbe med mennesker med selvmordstanker.

Flere informanter rapporterte om vel fungerende rutiner og et godt samarbeid med tanke på både henvisning og videre oppfølging av brukere i en akutt selvmordsnær situasjon. I slike situasjoner anså de seg mer kompetent og bedre anerkjent blant sine samarbeidspartnere etter VIVAT kurset. Mange opplevde at dette ga seg utslag i bedre samarbeid og bedre trivsel.

Mange informanter rapporterte om brukere som kom tilbake etter å ha vært henvist til andre instanser. Dette ble opplevd som utfordrende og slitsomt fordi at det medførte trusler og press med vanskelig vurderinger som en konsekvens. På den annen side opplevde flere at dette også ga dem noe på det personlige plan.

Samtidig som mange informanter opplever en økt evne til å holde ut i de vanskelige samtale- ne, rapporterte flere om færre henvisninger til andre instanser. Det kan tyde på en økt evne til å romme den smerten og således tåle å sitte med det ansvaret *over tid*. Begrepet førstehjelp kan synes å ha fått et litt annet innhold ved at det inneholder også en økt kompetanse i å hjelpe de samme personene flere ganger, over lenger tid – og med et bedre resultat.

Det empiriske materialet er også gjennomgått spesielt med tanke på å finne kritiske bemerkninger og negative funn. Det er ikke funnet noe som peker i den retning, selv om ikke alle uttalelser er like positive. Rollespillene i kurset ble av flere omtalt som tidvis vanskelige og tøffe å gjennomføre, og flere ga uttrykk for at kurset var slitsomt selv om de ga det en positiv omtale. På samme måte er der uttalelser som *at dette kommer ikke av VIVAT alene*, underforstått at også andre kurs og opplæringstilbud kan ha virket inn – det kan tolkes i retning av at de ikke vil gi VIVAT all "ære".

At det ikke forekom negative eller kritiske funn kan ha flere årsaker. Så langt forfatter kjenner til, er det i NAV ingen overordnede retningslinjer som pålegger eller gir retningslinjer selvmordsforebyggende tenking og tiltak, og det kan synes som om der er lite eller intet fokus på temaet fra sentralt hold. Deltakelse i førstehjelpskurset fremstår således i stor grad som lokale initiativ, og flere steder er det et mer eller mindre frivillig tilbud til ansatte. Det medfører del- takelse fra spesielt interesserte, og dette kan være noe av årsaken til lite og ingen negativ om- tale.

På den annen side viser tidligere evalueringer av førstehjelpskurset at svært mange er meget godt fornøyd, og det kan således ikke utelukkes at det reelt ikke eksisterer få om noen negative funn – at kurset *er* et meget godt tilbud som treffer godt målgruppen ved å gi deltakerne kompetanse og en opplevelse av mestring innen et meget stigmatisert og for mange et eksistensielt vanskelig tema.

6 Drøfting

I dette kapitlet blir funn og fortolkninger drøftet i lys av relevant forskning, teori og forfatterens egne refleksjoner.

Studiens holdbarhet vil bli drøftet til slutt i kapitlet.

Forskningsspørsmålet var:

Hva mener ansatte i NAV/offentlig førstelinje at kurset "VIVAT - Førstehjelp ved selvmordsfare" har og har hatt å si for deres arbeid i møte med selvmordsnære?

6.1 Metode og gjennomføring

Rekruttering og tilgang til forskningsfeltet

Tilgjengelighet som styrende faktor for rekruttering og gruppenes sammensetning ga liten påvirkningsmulighet. Noen av kontorene som ble kontaktet valgte å videreformidle forfatters vedlagte informasjonsbrev, andre gjorde dette på egen måte. Dette kan ha påvirket rekrutteringen. Flere kontorer forfatter var i kontakt med, ga klart uttrykk for en betydelig arbeidsmengde, og dette har også med stor sannsynlighet påvirket deltakelsen.

Sammensetting av gruppene

Ikke alle ønsker å dele følsomme temaer med kjente kolleger, og Patton hevder at grupper hvor deltakerne er ukjente på forhånd synes å fungere best sammen. (Patton, 2002). En annen sammensetning kunne hatt betydning for kommunikasjonen i gruppen.

Faglitteraturen synes å ha et noenlunde likt syn rundt antall deltakere i en fokusgruppe. Et høyere antall deltakere i gruppene kunne ha styrket studien ved å ha tilført et større potensial for variasjon og bredde. Større grupper krever imidlertid mer styring, og med forfatter alene som moderator, kunne dette vært uheldig i form av økt styring og påvirkning (Malterud, 2011).

Sted for gjennomføring ble lagt til de respektive kontorer. Det var med de gjeldende ramme-faktorer ikke vurdert å samle informantene på et eget, nøytralt sted. Dette ville gitt like for-

hold for alle, men ville det ha medført en endring i vanlig reisevei og faste rutiner for den enkelte. På den annen side kan det å ha vært i kjente og trygge omgivelser i sine egne kontorer, hatt en positiv innvirkning.

Uforutsette forhold i en studie vil inntreffe, (Malterud, 2012), og det beste kan fort bli det godes fiende hvis det hele tiden skal justeres opp mot de ideelle kravene. De justeringene som ble foretatt underveis i prosessen, var innenfor det som måtte forventes i en slik studie (Malterud, 2012; Thagaard, 2013).

Gjennomføring

Forfatter var alene om planlegging og gjennomførte 7 av 8 intervjuer alene. Dette er en svakhet ved studien. Flere forskere ville gitt en annen mulighet for å avdekke "bias", og det kunne ha tilført studien en "second opinion".

En nøytral moderator ville hatt en annen måte å lede intervjuene på. Han kunne foretatt oppsummering og verifisering av informantens uttalelser underveis med antatt mindre grad av påvirkning sammenlignet med forfatter. På den annen side, eksplorerende forskning krever fleksibilitet, og forfatter ville med stor sannsynlighet fange opp faglige nyanser og aspekter i diskusjonen på en annen måte enn en "nøytral" moderator. Selv om moderator besitter de nødvendige menneskelige interaksjonsferdighetene, og har en begrepsmessig og teoretisk forståelse av de fenomenene som skal undersøkes, kan forfatters forforståelse være en fordel når det gjelder å stille relevante oppfølgingsspørsmål underveis og være den best kvalifiserte til å vurdere justeringer hvis ny informasjon skulle foreligge underveis (Kvale & Brinkmann 2009).

Det er ikke mulig å være objektiv i sin måte å lede et intervju. Forfatter tilstrebet en balansert tilnærming i oppfølgingsspørsmålene ved at det i intervjuguiden ble etterspurt både erfaringer fra positive og negative opplevelser i tillegg til spørsmål av ren oppklarende art som: "Kunne du si litt mer om det, forstår jeg deg dit hen, hører jeg at ...".

Informantsjekk kunne ha fanget opp og verifisert eventuelle "skjevheter" i den informasjon som var kommet frem som et resultat av påvirkning fra forfatter i løpet av intervjuet. Temaet selvmord er for mange sårbart, og åpenhet og trygghet i intervjusituasjonen, kan også få deltakerne til å dele opplevelser og uttrykke synspunkter som de senere kanskje vil angre på at de har gitt. Informantsjekk kunne ha fanget opp dette. På den annen side kunne det ha medført at

informanter hadde trukket uttalelser etter å ha lest det transkriberte materialet, noe som kunne medført etiske utfordringer for forfatter – skal det med eller ikke – med eller uten informantens samtykke? Forfatter vurderte det som lite sannsynlig at så ville skje, og dette var en medvirkende årsak til at informantsjekk ble droppet for de øvrige intervjuer. Det er ikke i etterkant kommet noen indikasjoner på at det burde vært gjort.

Det var planlagt og gjennomført 2 intervjuer med samtlige fokusgrupper. Det var ønskelig å gjennomføre og transkribere det første intervjuet i alle gruppene før intervju nr 2. Av praktiske grunner lot ikke det seg gjøre, slik at noen grupper var ferdig intervjuet før andre hadde startet.

Det var antatt at det første intervjuet ville sette i gang assosiasjoner til tidligere erfaringer som med fordel kunne bearbeides og utvikles gjennom refleksjon over noe tid, og således i et intervju nummer to gi ytterligere informasjon. I tillegg kunne det å ha blitt noe kjent med hverandre ha åpnet for ytterligere deling av følsom og nær informasjon. Det var imidlertid ikke en prosessstudie hvor tidsaspektet tilsa behov for et flerstegsintervju, og 2. gangsintervjuene tilførte få nye momenter og informasjon. Dette kan skyldes flere forhold. Med få unntak kjente informantene hverandre fra før. De som var utenfra opplevet raskt å "finne" plass i gruppen, og sosialisering var ikke noe moment. En annen årsak kan ha vært at intervjuguiden dekket aktuelle momenter, slik at gruppene hadde nådd eller var i nærheten av å nå et metningspunkt allerede før 2. gangsintervju. Kvaliteten på empirien blir ikke nødvendigvis bedre av at volumet økes (Malterud, 2012).

Forandringer i tidsplanen underveis medførte at planen om å gjennomføre alle 4 førstegangsintervjuene før runde nr to måtte endres. En grundigere analyse av det empiriske materialet etter førstegangs intervju kunne gitt et bedre grunnlag for endring i intervjuguiden, og således gitt et annet utbytte av intervju nr 2.

Kjønnsperspektivet

Kvinner var sterkt overrepresentert blant informantene, 14 av 16 informanter var kvinner.

Betydningen av kjønn under innsamling av data kan knyttes til hvordan mann/kvinne posisjonerer seg i forhold til hverandre. En over-/underordnet relasjon kan gi et annet grunnlag for kommunikasjon og samhandling enn mer likeverdige relasjoner (Thagaard, 2013). Forskning viser at kvinner er generelt mer åpne i sin kommunikasjon om følelsesmessige belastninger

enn mange menn, samtidig som kvinner reagerer sterkere enn menn i møte med personer i vanskelige livssituasjoner (Helsedirektoratet, 2011; Hendin, 2006).

En annen sammensetting av gruppene kunne påvirket kommunikasjon og dialog i gruppene, og således resultatet.

6.2 Intern fokus – økt selvtillit

Tryggere og modigere, tydeligere og mer direkte

Som forventet var mange funn knyttet til relasjoner og relasjonsbevissthet. Det synes som at det å våge å spørre om selvmordstanker - og erfare det å få et "ja", hadde gitt informantene bedre anledning til å oppleve mestringserfaring *sammen* med bruker. Der hvor de tidligere hadde kviet seg for å gå inn i relasjonen, opplevet de at det etter kurset var lettere å gå inn i disse møtene. Dette kan være en bekreftelse på betydningen av den praktiske ferdighetstrening gjennom rollespill som ble spesielt vektlagt ved revisjonen av ASIST/VIVAT i 2004 (Grenstad, 2004; Ramsay, 2004).

Med økende selvtillit kom også tryggheten og evnen til å være tydelig og direkte, og mange hadde erfart at et tydelig, men respektfullt lederskap hadde positiv effekt. Dette kan også tolkes som en økt evne til å se – og ta ansvar; flere ga uttrykk for at de kunne bære dette ansvaret på en annen måte enn tidligere. Farene er at de tar på med seg et for stort ansvar, og brukere som burde fått hjelp i helsevesenet, får det ikke. Det er i studien ikke registrert uheldige konsekvenser av denne praksisen.

Det er menneskelig å være usikker, og det krever trening for å mestre situasjonen på en måte som ikke gir negativ påvirkning. Er veileder usikker og utrygg, vil dette prege relasjonen, og være et dårlig utgangspunkt for en fortrolig samtale om liv og død som fordrer tillit og trygghet. På samme måte som negative holdninger til selvmord kan bidra til økt selvmordsatferd til tross for en omsorgsfull tilnærming (Ramsay, 2004), kan usikkerhet være med å forstyrre relasjonen, noe som i verste fall kan medføre økt selvmordsfare. Grete S. Halvorsen fant i sitt doktorgradsarbeide om relasjoner mellom hjelper og hjelpetrequende, at det å oppleve en positiv relasjon var en hjelp i seg selv. Informantenes opplevelser ved å erfare betydningen av å møte bruker som et medmenneske, og ikke bare som en representant for et stort, offentlig sys-

tem, bekrefter det Halvorsen har funnet. (Halvorsen, 2008). Dette er i tråd med funn som også ble gjort ved evalueringen i 2007.

Analysen viste ganske entydig at det kan være belastende og krevende å jobbe i NAVs første- linje. Mange veiledere hadde opplevd brukere som hadde gitt uttrykk for håpløshet, angst, sinne, søvnproblemer, kraftige følelsesskift, økt rusmisbruk, sosial tilbaketrekning. Dette er momenter som i henhold til amerikanske forskere gir grunnlag for iverksettelse av behandlingstiltak over for pasienter i psykisk helsevern (Rudd et al, 2006). Diego De Leo (2004) setter i sin artikkel "Suicide is far more than a psychiatric business" som en betingelse for effektiv selvmordsforebygging at også de ikke-psykiatriske sidene som sosialt nettverk og hjelp til å håndtere en vanskelig livssituasjon, vektlegges. Dette er også kjernen i flere av de artiklene som etterlyser et annet fokus i selvmordsforebyggingen.

I realiteten kan veilederne i NAV møte pasienter i behandling i psykisk helsevern, så vel som kronisk suicidale. Hvorvidt det dreier seg om en bruker som er på vei til å ta sitt eget liv, og som trenger akutthenvising, eller om det er en bruker som er mer på flukt fra en vanskelig situasjon, og trenger hjelp til å håndtere dette, så blir det en vurdering mellom sikkerhet og trygghet som veileder kan stå overfor. Dette kan være en vanskelig vurdering, og på lik linje med personell i helsevesenet, kan det medføre antiterapeutiske effekter som at fokuset på enkeltindividet må vike til fordel for regler og bestemmelser.

Mange opplever at de har en behandlende effekt på sine brukere ved å møte dem på den måten de gjør. Behandling eller hjelp er et spørsmål om definisjoner, det vesentlige synes å være at førstehjelpskurset gir en følelse av å kunne mestre og beherske situasjonen. Analysen viser at veilederne har utviklet kompetanse til å takle dette. De ser ansvaret, og de tar det. De tar i mot og tåler motoverføringene over tid. Det er forskjell på å ønske og dø og ikke ville leve videre, og et bestemt og respektfullt lederskap kan i en periode være både nødvendig og oppleves som trygt av den personen som er i fare. I tillegg til en økt evne til å håndtere disse samtalerne, gjør de det gjentatte ganger, det blir som å skifte plaster på såret som en informant uttrykte det. *De gir mer enn bare førstehjelp.* Det krever både mot og ferdigheter, og det synes som om førstehjelpskurset har lyktes i å gi slike ferdigheter.

På den annen side kom det også frem at det var belastende og ofte vanskelig å være en del av en relasjon hvor selvmord var tema. Flere av informantene hadde opplevd at brukere som i utgangspunktet kom som hjelpesøkende, kom med trusler om selvmord hvis deres krav og

ønsker ikke ble innfridd. Dette til tross, langt de fleste informantene ga uttrykk for at det var givende å jobbe med slike utfordringer, og at de ikke vill velge denne kategorien brukere bort hvis de hadde et valg. Dette fordi det ga dem noe igjen; de opplevet det som meningsfullt og givende.

Økt bevissthet om egne grenser

Samtidig som informantene beskriver at de opplever et større ansvar, og en bedre evne til å bære det, beskrives av flere også en bedre evne til å sette grenser, ikke ta ansvar, si nei; kunne gå hjem fra jobbe med god samvittighet; alle har ansvar for eget liv. Dette kan tyde på en økt evne til å arbeide målrettet.

Frykten for å gjøre noe galt, i verste fall miste en bruker i selvmord, er med stor sannsynlighet en av årsakene til at det oppleves positivt å bryte ned et tabu, og mestre det å stille de direkte spørsmålene omkring selvmordstanker. Det å beherske utfordringer kan gi mestringsfølelse og økt selvtillit. Det krever både mot og selvtillit, førstehjelpskurset synes å ha tilført noe av begge deler.

Informantenes beskrivelser av sine erfaringer, samsvarer med det som beskrives i veilederen "Sammen om mestring", en veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Selv om selvmord ikke eksplisitt er nevnt, er det i tråd med det som beskrives som NAPHAs rapport om recovery orientert praksis, hvor fokus settes på å finne løsninger *sammen* med bruker/pasient (Borg et al., 2013). Også NORADS rapport om globale helseutfordringer sier noe om betydningen av å bli sett og møtt – på eget plan og nivå (NORAD).

Det er stilt spørsmål ved de antiterapeutiske effektene ved deler av den behandlingen som i dag foregår av suicidale pasienter i helsevesenet. Det hevdes at det legges for stor vekt på risikovurderinger, at enkeltindividet blir underordnet, og det etterlyses mer fokus på det som gir mennesker i alle aldre mot og lyst til å velge livet. Det foreligger en studie som dokumenterer behov for samarbeid mellom veiledere i NAV og terapeutene som behandler mennesker med psykiske lidelser og som samtidig får støtte gjennom NAV (Mikkelsgård et al., 2014). Denne studien omtaler ikke selvmord spesifikt, men den har relevans ved at den setter fokus på samarbeid mellom NAV og behandlere i psykisk helsevern.

6.3 Ekstern fokus - økt profesjonell handlekraft

Bedre vurderinger og færre henvisninger

Selvtilliten, tryggheten og risikoviljen som veiledere brakte inn i relasjonen, synes å ha vært en medvirkende årsak til bedre vurderinger i møtene med selvmordsnære brukere.

På hvilken måte? Veilederne er kjent med sine holdninger til selvmord. De synes klar over sine påvirkningsmuligheter og -/begrensninger i relasjonen. De våger å stille spørsmål direkte, de tar seg tid til å lytte, de tåler et "ja-svar" om selvmord, de ser ansvaret, og de er kompetente og villige til å ta dette ansvaret og når nødvendig sitte med det over tid. De bidrar til at det bygges tillit og åpenhet i relasjonene, og de vanskelige temaene blir lettere å klarlegge. De får adgang til informasjon om den sosiokulturelle konteksten den selvmordsnære befinner seg i, og de har adgang til psykiatrisk kompetanse i sitt nettverk. Dette gir grunnlag for gode vurderinger som på sin side legger grunnlag for riktige henvisninger – og flere får riktig hjelp.

Formelle og eksisterende muligheter for henvisninger er en forutsetning (Mann et al, 2005), og funn i studien bekrefter dette. Studien viser at målsettingen om å være villige, kompetente og forberedt på å yte førstehjelp til personer i akutt selvmordsfare er nådd.

Informantene rapporterte også om færre henvisninger enn tidligere. Dette er i tråd med annen forskning som viser nedgang i antall henvisninger etter gjennomført førstehjelpskurs (ASIST) (McAuliffe & Perry, 2007). Det er grunn til å anta at færre henvisninger henger sammen med bedre vurderinger ved at økt trygghet og kompetanse i situasjonen gjør at veilederne velger å sitte med brukerne lenger selv fremfor å henvise. Studien viste også at terskelen for å ta kontakt med helsevesenet i tvilstilfelle var blitt lavere, noe som ga lettere adgang til utveksling av råd og informasjon.

Økt anerkjennelse i nettverket

En økt anerkjennelse i nettverket og derav et generelt bedre samarbeid kan med stor sannsynlighet forklare at kontakten med samarbeidspartnerne opplevdes enklere og bedre. De av informantene som hadde opplevd å møte personer i akutte situasjoner, var blitt møtt på en likeverdig og fin måte når de henvendte seg til helsevesenet. De opplevde at bruker ble tatt hånd om på en god måte, og at den informasjonen de kom med var relevant og nyttig for behandler i helsevesenet.

Betydningen av også å se på de kontekstuelle og relasjonelle sidene ved et selvmord fremheves som avgjørende i behandling av selvmordsnære Hjelmeland og Knizek (Hjelmeland & Knizek, 2013). Ofte er dette informasjon en veileder i NAV har bedre kjennskap til enn en behandler i helsevesenet. Dette fordi NAV i mange tilfelle har brukt tid sammen med bruker før eventuell behandling, enten gjennom tiltaksarrangør eller ved at veileder selv har hatt oppfølging over tid. Funn kan tyde på at bedre kommunikasjon gir større utveksling av informasjon som kan være til nytte for begge parter. Dette kan på sin side være en medvirkende årsak når begge parter har fått økt respekt og er mer lydhøre for hverandre, og at tidligere barrierer synes å eksistere i mindre grad.

Studien viste at mange av veilederne møtte sine brukere igjen når de vendte tilbake etter henvisninger i akuttsituasjoner. De kom da tilbake til en veileder var kjent, og de kunne følge opp der de slapp før akuttinnleggelsen, samtidig som det var etablert en relasjon/kontakt til behandlere i helsevesenet. Dette oppleves positivt for begge parter.

I situasjoner hvor den selvmordsnære trenger hjelp til å håndtere en vanskelig livssituasjon, kan det synes som om NAV ansatte fyller et "tomrom" som helsevesenet ikke klarer å møte alene. Stangeland er inne på dette når han snakker om oppfølging utenom tradisjonell polikliniske behandling (Stangeland, 2012), Straume setter fokus på det når han spør om han kunne gjort noe mindre for en pasient som tok sitt liv (Straume, 2014). Det er også i tråd med Herrestad og Larsen som oppfordrer til å spørre mer for å få avdekket eventuell selvmordsrisiko på et så tidlig tidspunkt som mulig (Herrestad & Larsen, 2012). Halvorsen er også inne på det når hun sier at relasjonen styrkes når adekvate løsninger finnes (Halvorsen, 2008). Dette er vanskelige vurderinger, og det krever mye at den som skal sitte med ansvaret for å ta dem. Psykiske lidelse vs psykisk smerte er blant faktorene i disse vurderingene; mens det ikke er noen tvil om hvor behandling av psykiske lidelser hører hjemme, kan det være vanskelig å definere hva som er psykisk smerte, om og hvor disse eventuelt skal behandles eller hjelpes ad på annen måte. Dette underbygger behovet for et godt samarbeid mellom NAVs veiledere og behandlere i slike tilfelle (Mikkelsgård et al., 2014).

Åpenhet om vanskelige og ofte intime og nære problemstillinger i disse relasjonene kan gjøre veilederne sårbare for brukers motoverføringer. Selv om mange følte seg tryggere i relasjon etter førstehjelpskurset, hadde også mange opplevd trusler fra brukere om å ta livet av seg. Kvale og Brinkmann (2009) peker på faren for at det i slike nære relasjoner kan oppstå forførelseriske effekter og "kvasiterapeutiske" relasjoner. Ingen funn i studien tyder imidlertid på

dette. På den annen side er det mindre sannsynlig at slik informasjon ville komme frem med mindre den var spesifikt etterspurt.

Som forventet, viste funn i alle fokusgrupper at kollegene spilte en meget stor rolle i arbeidet med selvmordsnære og personer i vanskelige og pressede situasjoner.

Nyttig verktøy på andre områder

Analysen viste at intervensjonsmodellen også oppfattes som en kommunikasjonsmodell. Begrepet "verktøy" ble brukt av mange, noe som kan tyde på at strukturen og oppbyggingen var anvendelig også på andre områder enn selvmordsforebygging. Struktur og metodikk var etter fleres mening overførbar både i planlegging og i evalueringsfasen av andre vanskelige samtaler, og flere ga uttrykk for at det lille "huskekortet" som ble brukt under kurset var til god hjelp.

VIVATS betydning

Formålet med kurset var å yte førstehjelp for å redusere den umiddelbare fare for skade eller død, ikke å løse langvarige og bakenforliggende forhold. Studien bekrefter at alle føler seg forberedt, villige og kompetente i møte med selvmordsnære brukere.

Flere informanter opplevde det noe problematisk å skulle skille førstehjelpskursets betydning fra annen utdanning/opplæring inne selvmordsforebygging/gatekeeping. Det er imidlertid grunnlag for å si at den kompetansen som førstehjelpskurset har gitt, sammen med praksis og øvelse, gir økt mestringsevne og kompetanse. "Trene riktig" var begrep som ble brukt om den kompetansen som kurset hadde gitt. Det er også grunnlag for å hevde at den spisskompetansen og tilleggsforståelsen førstehjelpskurset gir, legger et godt grunnlag for å møte og ta ansvaret med oppfølging også *over tid*.

6.4 Vurdering av studiens holdbarhet

Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet er godt innarbeidede begreper i forbindelse med vurdering av datakvalitet. Reliabilitet går på om gjentatte målinger med samme måleinstrument vil gi samme resultat. Validitet går på om studien faktisk måler det den er ment å måle,

mens generaliserbarhet sier noe om hvorvidt dataene er gyldige utenfor den konteksten de er fremkommet. Høy validitet forutsetter høy reliabilitet. (Ringdal, 2007).

Disse begrepene er lite egnet i kvalitative studier hvor undersøkelsene ikke kan gjentas med like forutsetninger i motsetning til kvantitative undersøkelser hvor resultater lettere kan etterprøves med samme målemetoder/-instrumenter. Dette har medført en diskusjon omkring begrepene, og i kvalitative studier brukes ofte begrepene *pålitelighet* fremfor reliabilitet, og *gyldighet og troverdighet* fremfor validitet, mens *overførbarhet* sier noe om hvorvidt resultatene gjelder (har gyldighet og troverdighet) i andre situasjoner og steder enn der de er utforsket (Thagaard, 2013).

6.4.1 Studiens pålitelighet

Pålitelighet knyttes til spørsmålet om studien er gjennomført på en grundig og tillitsvekkende måte, hvorvidt det kan spores en klar sammenheng mellom det empiriske materiale, analyse og resultatene, og at disse ikke er styrt av faktorer det ikke er gjort rede for (Tjora, 2012). Dette fordrer at prosessen er beskrevet på en (transparent) måte slik at leser kan følge og forstå de vurderinger og tolkninger som er gjort av forfatter underveis, selv om de to parter har et forskjellig ståsted i utgangspunktet (Thagaard, 2013).

Tilgjengelighet var styrende for adgang til forskningsfeltet og således også sammensetting av fokusgruppene. Studien kunne ved å ha vært forankret lenger opp i NAV systemet, muligens ha gitt prosjektet en annen forankring, og derigjennom åpnet for en annen adgang til forskningsfeltet og således også åpnet for påvirkning av utvalget. En høyere forankring var vurdert, men sett opp mot de praktiske rammefaktorene, var det ikke realistisk å jobbe mot en slik målsetting.

Et antall av informantene hadde i kort tid før intervjuene vært på oppfriskningskurs. Dette var ukjent for forfatter på forhånd. Hvis denne informasjonen hadde vært tilgjengelig under planleggingen, og det hadde vært mulig å påvirke sammensettingen av gruppen med dette som et kriterium, kunne det vært kilde til ytterligere informasjon.

Med unntaket av det første intervjuet av pilotgruppen som ble gjennomført av to personer, ble de resterende intervjuene gjennomført av forfatter alene. Tolking, analyse og diskusjon omkring det empiriske materialet er også gjort av forfatter alene, og det er en svakhet ved oppga-

ven. Rollen som moderator var krevende, og det var mange hensyn å ta. Utfordringen var å finne en god balanse mellom hensiktsmessig deltakelse og styring uten å la egen forforståelse "overdøve" og påvirke informasjonen som lå hos informantene. Det å la andre gå gjennom dataene for å ha grunnlag for diskutere analyse og fortolkninger kunne ha økt påliteligheten og således styrket studien (Malterud, 2011). Ved å ha vært to under intervjuene, kunne forfatter ha inntatt en sekretærrolle, og latt en ekstern moderator lede intervjuene. Alternativt kunne forfatter sittet i moderatorrollen, assistert av en sekretær. Å veksle på disse rollene kunne også vært et alternativ (Malterud, 2012).

I arbeidet med transkribering, analyse og drøftingene, ville det styrket studien ved at flere forskere hadde deltatt. Det kunne gitt en annen mulighet for å avdekke ulike "bias"; det kunne ha tilført en "second opinion" i behandling og analyse av det empiriske materialet samtidig som forfatter kunne hatt muligheten til å ivareta nødvendig grad av innlevelse. (Thagaard, 2013).

Problemer med rekruttering og adgang til forskningsfeltet medførte endringer i tidsplanen, og dette påvirket rekkefølgen i gjennomføring av intervjuene. På den annen side ville det vært mulig å ha gjort mer omfattende vurderinger av det foreliggende empiriske materialet etter intervjurunde nr en, enn det som ble gjort enn det som var tilfellet.

En styrke ved studien i forhold til pålitelighet, er at samme forfatter har gjennomført alle intervjuene. Påliteligheten øker også når refleksive objektivitetshensyn er tatt ved at det er konsistens i henvisningene til egen forforståelse ved at forfatter har tilstrebet objektivitet på subjektiviteten (Kvale & Brinkmann 2009). Dette kan imidlertid ikke oppveie for svakhetene ved at forfatter har vært alene om studien.

En mer erfaren forfatter ville ha kunnet unngått en del av studiens svakheter.

6.4.2 Gyldighet

Begrepet gyldighet eller troverdighet blir ofte brukt i stedet for validitet, og knyttes til spørsmålet om studiene undersøker det den sier den skal undersøke (Thagaard, 2013). For å bruke

en metafor: Det er ikke godt nok at skuddene sitter samlet hvis de ikke treffer blinken, eller det skytes på feil blink. En kvalitativ studie kan således være *pålitelig* ved at den faktisk måler det den skal på en god måte, uten å være *gyldig*. Hvis forfatters teoretiske referanseramme og forforståelse bygger på fordommer og mer eller mindre ikke-aksepterte og (sær)egne tanker, kan studien være mindre interessant og dermed ikke gyldig sett i andre og mer relevante kontekster. Det hjelper ikke å treffe blink hvis det skytes på feil skive.

Malterud (2011) skiller mellom intern og ekstern validitet. Intern validitet handler om metodevalg i forhold til problemstilling.

Studiens forskningsspørsmål ble utledet på bakgrunn av en relevant problemstilling. Gjennom en vurdering på bakgrunn av egen forforståelse, herunder egne forventninger, samt relevant teori og forskning, ble forskningsspørsmålet bearbeidet og omformulert til spørsmål det ville være mulig å stille i intervju situasjonen, og på dette grunnlag ble en intervjuguide utarbeidet. Denne ble sendt til alle deltakere på forhånd slik at de hadde en mulighet til å forberede seg.

Informantene var alle frivillige. Selv om det i denne studien ikke var verken ønskelig eller hensiktsmessig med et tilfeldig utvalg, ville et mer strategisk sammensatt utvalg gitt mulighet for å påvirke mangfold og variasjon gjennom at forfatter i større grad kunne vurdert og tatt hensyn til flere forhold som kjent/ukjent og homogenitet vs variasjon.

Ytterligere gjennomgang av litteratur kunne gitt et bredere grunnlag for utarbeiding av intervjuguide, og det kunne vært brukt mer tid på rekruttering og adgang til forskningsfeltet. Det kunne gitt en annen sammensetting av gruppene som igjen kunne ha påvirket balansen mellom mangfold og fellesskap, uten at det automatisk hadde gitt noe mer eller bedre informasjon.

Feltet var relevant for å finne ønsket informasjon, og samtlige deltakere tilfredsstillende inkluderingskriteriene.

Intervjuene ble planlagt og gjennomført som semistrukturerte intervjuer. Intervjuguiden ble fulgt, og forfatter var ved flere anledninger inne for å korrigere kursen gjennom oppfølgings-spørsmål. Dette kan styrke intervjuenes troverdighet ved at det forsikrer forfatter at begge parter har den samme oppfatningen av svarene, noe som går direkte på den interne validiteten (Malterud, 2012).

6.4.3 Overførbarhet

Ekstern validitet eller overførbarhet handler om i hvilken grad studiens funn kan gjøres gjeldende i andre sammenhenger enn der studien er gjennomført og funnene fremkommet. (Malterud, 2011).

Overførbarheten i studien vil være påvirket av den utvalgsstrategien som ligger til grunn for studien. En sammensetning preget av en mer strategisk tenking, kunne påvirket i forhold til homogenitet/heterogenitet som igjen kunne gi en annen variasjon og mangfold i gruppene.

Alle informanter var frivillige. Det kan tyde på en interesse over gjennomsnitt, både med tanke på deltakelse i prosjektet og med at de også har vært frivillige på førstehjelpskurs. Dette gir ikke nødvendigvis bedre data; frivillige deltakere kan ha standpunkter bygget på spesiell innsikt og interesse, noe som på sin side kan redusere overførbarheten. Slike forhold kan slå begge veier. Med tilgjengelighet som utvalgsstrategi var ikke dette grunnlag for vurdering.

Forfatter har demonstrert refleksivitet ved at det er beskrevet flere forbehold ved prosessen, og det er forsøkt å belyse både styrker og svakheter. Prosessen er beskrevet i detalj for å styrke den eksterne validiteten eller overførbarheten slik at leser selv kan ha et best mulig grunnlag for å vurdere, det er leser som til sist sitter på den endelige vurderingen om overførbarhet (Graneheim & Lundman, 2004).

Funnene som er gjort i studien kan ikke generaliseres, noe som heller ikke var hensikten med studien. Derimot kan en del av funnene være overførbare fordi rollene, problemstillingen og konteksten vil ha mange fellespunkter med andre NAV ansatte som jobber i offentlig førstelinje.

7 Avslutning

Oppsummering av studien

Studiens hensikt var å utvikle kunnskap om hvilken betydning ansatte i NAV/offentlig førstelinje mente at kurset VIVAT - Førstehjelp ved selvmordsfare har og har hatt for deres arbeid i møte med selvmordsnære og brukere i andre vanskelige og pressede situasjoner.

Som forventet hadde studien stort fokus på relasjoner, og bekrefter betydningen av relasjonskompetanse/-bevissthet i møte med selvmordsnære brukere. Det kan synes som om førstehjelpskurset har gitt deltakerne en plattform hvor møtene med selvmordsnære brukere for mange etter hvert har fremstått som en arena hvor de kan følge og praktisere den modellen som kurset har gitt dem: De vet hvordan de skal forholde seg og hva de skal gjøre, de vet at det å spørre direkte og konfronterende styrker relasjonen. De opplever seg tryggere og modigere i møte med sine brukere på en måte som gjør at de våger å spørre direkte om selvmordstanker. De opplever økt selvtillit, de har gjennomført og de har *erfart* at dette påvirker relasjonen til bruker på en positiv måte, noe som opplever å gjøre en bedre jobb og yte bedre hjelp til sine brukere.

Studien bekrefter problemstillingen: ansatte i NAV/offentlig førstelinje møter selvmordsnære brukere i sin jobb. Studien bekrefter også at førstehjelpskurset oppnår målsettingen om å gjøre deltakerne kompetente til å yte førstehjelp for å redusere den umiddelbare fare for skade eller død ved selvmord. Metodikken som førstehjelpskurset opplæring i oppleves å ha overføringsverdi til også andre sider i organisasjonen.

Studien viser at økt selvtillit har en smitteeffekt i relasjonen til både kolleger og andre samarbeidspartnere. Det fremkommer i studien at vurderingene oppleves bedre og henvisningene færre. Dette har etter alt å dømme sammenheng med at de utveksler komplementær og relevant informasjon, og på den måten får begge gjensidig nytte av hverandre. Det henger også sammen med økt kompetanse hos veilederne, samt evne til å se – og ta et større ansvar.

Mange av informantene ga uttrykk for at de opplevde en økt evne til utholdenhet i møtet med sine brukere i de følelsesmessig vanskelige samtalene. Dette gjelder også utholdenhet *over tid* når de samme brukerne kommer tilbake etter akutthenvvisninger, eller de kommer med gjentatte trusler om å ta sitt eget liv.

Det er ikke grunnlag for å hevde at resultatene tilskrives førstehjelpskurset VIVAT/ASIST alene. Studien viser også at annen opplæring innen selvmordsforebygging har vært medvirkende, men det går tydelig frem at modellen og den egentreningen som VIVAT/ASIST har gitt dem, har vært opplevd positivt. Spesielt trekkes frem de pedagogiske metodene med stor vekt på egentrening gjennom rollespill. Det er også grunnlag for å hevde at modellen har anvendelsesmuligheter også i andre sammenhenger enn i det selvmordsforebyggende arbeidet.

Studien viser ingen negative eller kritiske funn i forhold til førstehjelpskurset.

Flere funn i studien støttes av tidligere forskning, og ved å ta i betraktning de svakheter som fremkommer under drøftingen, synes funn og fortolkninger troverdige.

Studien skiller seg fra tidligere forskning ved at den etter forfatters mening også viser at førstehjelpskurset er en god plattform for å utvikle økt evne til å omgås og følge opp selvmordsnære brukere *over tid*.

Aktuelle områder for videre forskning/oppfølging

Forfatter er ikke kjent med at det eksisterer sentrale retningslinjer for selvmordsforebyggende aktiviteter i NAV. Uformelle undersøkelser kan tyde på at innsatsen på dette området er et resultat av lokale initiativ. Forfatter er heller ikke kjent med hvorvidt dette er et resultat av en sentral beslutning, eller om det er fremkommet som initiativ lenger ned i NAVs organisasjon. Med det stigma og den tabuisering som fortsatt eksisterer rundt fenomenet selvmord, vil forankring av selvmordsforebyggende tiltak forankret på sentralt hold med stor sannsynlighet ha større gjennomslagskraft nedover i organisasjonen. Sett i en slik sammenheng, kan videre oppfølging og forskning bidra med viktig kunnskap i forhold til å vurdere og dokumentere behovet for spesifikke selvmordsforebyggende tiltak, i regi av NAV sentralt.

Det foreligger allerede en studie som sier noe om hvilken betydning helsesøstre mener førstehjelpskurset har for deres jobb i møte med selvmordsnær ungdom. Oppfølging i forhold til andre yrkesgrupper som har gjennomført førstehjelpskurset i noe omfang som politi, forsvar, personell ved DPS mv, vil kunne gi nyttige bidrag i forhold til å vurdere førstehjelpskursets betydning for andre yrkesgrupper i gatekeeperrollen.

Det er ikke grunnlag i denne studien for å si noe om *omfanget* av selvmordsnære som kommer i kontakt med NAV. Forfatter er heller ikke kjent med hvorvidt det eksisterer noen oversikt over

disse utfordringenes omfang på linje med trusler om vold og annen utagerende adferd mot NAV ansatte. Studien viser tydelig at NAVs veiledere møter selvmordsnære, og at disse møtene tidvis oppfattes belastende for de ansatte; flere hadde flere opplevd brukere som truet sin veileder med å ta sitt liv. Omfanget av denne type trusler/utfordringer kan være dimensjonerende for eventuell tiltak, og kan således være et aktuelt område for videre oppfølging og forskning.

Informanter fra en av de deltagende regionene opplevet at kurset i tillegg å skape individuell trygghet og tillit i forhold til brukerne gjennom å beherske et stigmatisert og tabuisert tema, også hadde bidradd til å skape en "vikultur" og et fellesskap ut over akkurat det faglige i forhold til selvmord. Dette ble forsterket av flere som fremhevet betydningen av ikke å gjennomføre førstehjelpskurset alene; på den måten kunne kurset danne en ramme rundt samtaler og diskusjoner i etterkant. Det var enighet i alle grupper at flere burde delta på et slikt kurs, også ledere. Sett i forhold ulike teambyggende aktiviteter, vil videre oppfølging og forskning kunne gi svar på om det ligger et potensiale til å gjøre temaet selvmordsforebygging til gjenstand for teambygging i en organisasjon. Det vil også kunne skape et bedre grunnlag for å si noe mer om de "bieffektene" kurset synes å medføre for de som har gjennomført det.

Studien omtaler behovet og nytten av et samarbeid mellom de ulike instansene involvert i forhold til omgang og behandling av mennesker med psykiske lidelser og plager. Tankene om spesialiserte team for oppfølging utenfor tradisjonelle polikliniske rammer, og at der eksisterer et dokumentert behov for et bedre samarbeid mellom NAV og saksbehandlere i helsevesenet når det gjelder å møte brukere med psykiske plager og lidelser er interessante; dette er selvmordsforebygging. Også med bakgrunn i antiterapeutiske effekter i møte med selvmordsnære, gjør at fokus på førstehjelpskursets betydning i forhold til omgang og videre oppfølging av brukere med psykiske plager og lidelser uten nødvendigvis at det eksisterer en uttalt selvmordsproblematikk, kan være et område for ytterligere oppfølging og forskning, og da sett i et klar definert/tydeligere selvmordsforebyggende perspektiv. Dette vil kunne være nyttige kunnskap i en eventuell vurdering av spesifikke selvmordsforebyggende tiltak i NAV regi.

Det fremkommer ingen kritiske eller negative funn i studien. En oppfølging med videre forskning i andre regioner vil kunne gi flere svar og mer kunnskap om kursets betydning i møte med selvmordsnære brukere, og kan være viktige innspill i forhold til å vurdere og dokumentere behovet for spesifikke selvmordsforebyggende tiltak i NAV regi.

Litteraturliste

- Andreassen, T. A. (2009). *Brukermedvirkning i NAV. Når velferdsforvaltningen og brukerorganisasjonen skal jobbe sammen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (Arbeidsforskningsinstituttet).
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Nasjonal Strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007-2012*. Oslo
- Arbeidsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013–2016)*. Oslo.
- Bertolote, J. (2004, October). Suicide prevention: at what level does it work? *World Psychiatry, 3* (3), 147-151.
- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskspassammenstilling. Rapport 4/2013. Oslo: NAPHA.
- Brinkmann, S., & Tangaard, L. (2012). *Kvalitative metoder. Empiri og teoriutvikling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Buber, M. (1923/2007). *Jeg og du*. Oslo: J.W Cappelen
- Cavanagh, J., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine, 33*, 395-405.
- Coppens et al. (2014). Effectiveness of community facilitator training in improving knowledge, attitudes, and confidence in relation to depression and suicidal behavior: Results of the OSPI-Europe intervention in four European countries. *Journal of Affective Disorders, 165*, 142-150.
- Crawford, M. J., Than, T., & Methuen, C. (2011). Impact of screening for suicidal of suicide: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 198*, 379-384.
- De Leo, D. (2004). Suicide prevention is far more than a psychiatric business. *World Psychiatry, 3*(3), 155-156.
- Deolev R et al. (2008). *The Use and Impact of Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST) in Scotland: An Evaluation*. Edinburgh: Scottish Government.
- Espeland, K. N. (2014). *En kvalitativ studie om identifisering av ungdommer med selvmordsatferd i skolen* (Masteroppgave). Oslo: Universitet i Oslo.
- Firestone, A. (2003). The burden of sympathy: how families cope with mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37*(2), 253-254.
- Goldsmith et al, S. K. (2002). *Reducing suicide: A national imperative* Washington DC: The National Academic Press.

- Gould, M. S., Cross, W., Pisani, A. R., Munfakh, J. L., & Kleinmann, M. (2013). Impact of Applied Suicide Intervention Skills Training on the National Suicide Prevention Lifeline. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 43(6), 676-691.
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Grenstad, N. M. (2004). *Å lære er å oppdage*. Oslo: Didakta Norsk Forlag AS.
- Halvorsen, G. S. (2008). *Relasjoner mellom hjelpere og hjelpesøkende. En studie i forståelsens og anerkjennelsens betingelser og utviklingsmuligheter*. (Doktoravhandling): Universitet i Nordland.
- Hawton, K. (2005). *Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour - from science to practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Helsedirektoratet. (2011). *Etter selvmordet - Veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord. IS-1898*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007 - 2012 Statusrapport per august - 2012*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2013). *Sammen om mestring. Veileder i psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenbesten. IS - 2076*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014 - 2017* Oslo: Helsedirektoratet.
- Hendin, H. (2006). Terspeuter som etterlatte ved selvmord. *Suicidologi*, 2006 årg11 nr 3, 26-29.
- Herrestad, H., & Larsen, K. (2012). Kartlegging, observasjon og vurdering av selvmordsrisiko *Suicidologi: RVTS/Ø*.
- Hjelmeland, H., Dieserud, G., Dyregrov, K., & Knizek, B. (2010). Er det farlig å snakke om selvmord? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 1018-1029.
- Hjelmeland, H., Dieserud, G., Dyregrov, K., Knizek, B. L., & Leenaars, A. A. (2012). Psychological autopsy studies as diagnostic tools: Are they methodologically flawed? *Death Studies*, 36, 605-626.
- Hjelmeland, H., Hagen, J., & Knizek, B. L. (2014). Selvmordsforebygging i psykisk helsevern – på tide å tenke nytt? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 21, 2.
- Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2010). Why We Need Qualitative Research in Suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 40(1).

- Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2013). Hva er meningen? Selvmordatferd som kommunikasjon. *Sosiologi i dag*, 43(1), 7-30.
- Hjelmeland, H., & Knizek, L. (2010). Selvmord er ikke akseptabelt og kan forebygges. Holdninger til selvmord og selvmordsforebygging i Norge. *Tidsskrift for den norske psykologiforening*, 20010, 908-915.
- Isaac, M., Elias, B., Katz, L. Y., Belik, S.-L., Deane, F. P., & (2009). Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: A systematic review. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 54(4), 260-268.
- Knox, K. L., Litts, D. A., Talcott, G. W., Feig, J. C., & Caine, E. D. (2003,). Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. *British Medical Journal*, 327, 1376-1378.
- Kokkersvold, E., & Mjelve, H. (2006). *Mellom oss. Trening i kommunikasjon i gestaltperspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Kvale , S., & Brinkmann , S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lakeman, R., & FitzGerald, M. (2008). How people live with or get over being suicidal: a review of qualitative studies. *JAN Review Paper*, 64(2), 114-126.
- Larsen, K. (2010). *Antiterapeutiske effekter ved selvmordsforebyggende tiltak, 2010*. Oslo: RVTS/Ø.
- Leenars, A. (2010). Edwin S. Shneidman on Suicide. *Suicidology Online*, 2010, 5-18.
- Lerdal , A., & Karlsson, B. (2008). Bruk av fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervju brukes i økende grad i kliniske forskningsstudier innen helsefag. *Sykepleien Forskning nr 3*, 172-175.
- Levi, Y., Horesh, N., Fischel, T., Treves, I., Or, E., & Apter, A. (2008). Mental pain and its communication in medically serious suicide attempts: An “impossible situation”. *Journal of Affective Disorders*, 111(2-3), 244-250.
- Levi, Y., Horesh, N., Fischel, T., Treves, I., Or, E., & Apter, A. (2014). Mental Pain, Communication Difficulties, and Medically Serious Suicide Attempts: A Case-Control Study. *Archives of Suicide Research*, 18, 74-87.
- Living Works. (2004). *Suicide Intervention Handbook*. Calgary, Canada: Living Works Education.
- Living Works Education. (2014). Design & Development. Using research in suicide intervention training. Retrieved 4. July 2014, from <https://www.livingworks.net/about-us/design-and-development/>
- LivingWorks. (2013). *Applied Suicide Intervention Skills Training: Evidence in Support of the ASIST 11 Program* Calgary, Canada: Living Works Education.

- Lundin, A., Lundberg, I., Allebeck, P., & Hemmingsson, T. (2012). Unemployment and suicide in the Stockholm population: A register-base study on 771.068 men and women. *Public Health*, 126, 371-377.
- Madianos, M. G., Alexiou, T., Patelakis, A., & Economou, M. (2014). Suicide, unemployment and other socioeconomic factors: evidence from the economic crisis in Greece. *Eur. J. Psychiat*, 28(1), 39-49.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. 3. utgave. En innføring.* . Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag.* Oslo: Univeritetsforlaget AS.
- Mann et al, J. (2005). Suicide Prevention Strategies. *JAMA*, 294, 2064-2074.
- McAuliffe, N., & Perry, L. (2007). Making it safer: A Health Centre's Strategy for Suicide Prevention. *Psychiatric Quaterly*, 78, 295-307.
- Mehlum (red), L. (1999). *Tilbake til livet.* Kristiansand S: Høyskoleforlaget AS.
- Mehrabian, A. (1967). Non verbal Communication. Retrieved 28 jun 2014, from http://changingminds.org/explanations/behaviors/body_language/mehrabian.htm
- Mikkelsgård, K. A., Granerud, A., & Høye, S. (2014). People with mental illness returning to work: A qualitative evaluation of a Norwegian project. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21, 172-180.
- NAV. (2010). Tilbakeblikk, oppsummering og funn fra Mulighetskonferansen 2010. Helhet og kvalitet i oppfølgingsarbeidet i NAV. Oslo: NAV.
- Nordentoft, M. (2011, January). Crucial elements in suicide prevention strategies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 2011, 848-853.
- Notø, T., Olsen, R., Normann, K., & Løberg, T. (2005). Psykologers reaksjoner på arbeid med selvmordsnære pasienter: En undersøkelse av et utvalg psykologer i Hordaland. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 42(491), 491-496.
- Paris, J. (2006). Predicting and Preventing Suicide: Do We Know Enough to Do Either? *Harvard Review of Psychiatry*, 14(5), 233-240.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evolution Methods.* Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Pokorny, A. (1983). PRediction of suicide in psychiatric patients. Reports of a prospective study. *Archives of General Psychiatry*, 249-257.
- Ramsay, R. (2004). Nye utviklingstrekk i opplæringsprogrammet Førstehjelp ved selvmordsfare. *Suicidologi*, 9(3), 1012.

- Rasmussen, M. L., Haavind, H., Dieserud, G., & Dyregrov, K. (2014). Exploring Vulnerability to Suicide in the Developmental History of Young Men: A Psychological Autopsy Study. *Death Studies, 0*, 1-8.
- Retterstøl, N., Ekeberg, Ø., & Mehlum, L. (2006). *Selv mord - et personlig og samfunnsmessig problem*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold (2. utgave)*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Rodgers, P. (2010). *Review of the Applied Suicide Intervention Skills Training Program (ASIST). Rationale, Evaluation Results, and Directions for Future research*. Calgary. Canada: Living Works Education.
- Roscoät, E. d., & Beck, F. (2009). Efficient interventions on suicide prevention: A literature review. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 54(4), 260-268.
- Rudd et al. (2006). Warning signs of suicide: Theory, Research and Clinical Applications. *Suicide and Life-Threatening Behaviour, 36*, 255-262.
- RVTS/S. (2011). Påfyll Kriseteam. Retrieved 8. juli 2014, 2013, from http://sor.rvts.no/filestore/Filarkiv/Dokumenter/Refleksjon/Materiell_og_Intervjuer/Paufyll_tiltrykk.pdf
- Silverman et al, J. (2007). Rebuilding the the Tower of Babel: A revised nomenclature for the Study of Suicide ans Suicidal Beaviours Part 1: Background, Rationale and Methodology, and Part 2: Suicide-Related ideations, Communications and Behaviours. *Suicide and Life-Threatening Behaviour, 37*, 248-277.
- Silvola, K., Høifødt, T. S., Guttormsen, T., & Burkeland, O. (2003). Vivat. Førstehjelp ved selvmordsfare. En evaluering. *Tidsskrift for Den norske legeförening, Vol 123*, 2284 - 2286.
- Sisask et al, M. (2008). Subjective psychological well-being (WHO-5) in assessment of the severity of suicide attempt. *NORD J PSYCHIATRY, 62*, 431-435.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Evaluering av undervisningsprogrammet VIVAT* Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet (Rambøll Management).
- Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Stangeland, T. (2012). Når sikreste behandling ikke er beste behandling. *Tidsskrift for norsk psykologiförening, 2012 (49)*, 138-144.
- Straume, S. (2014). Selvmordsforebyggingens pris. Retrieved 21. juni 2014, from Tidsskrift for Norsk Psykologiförening http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=418369&a=4

- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, 374, 315-323.
- Sveen, C.-A., & Walby, F. A. (2008). Suicide survivors' mental health and grief reactions: a systematic review of controlled studies. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 38(1), 13-29.
- Sørum, P.-E. (2012). Selvmordsforebygging i akutteam ved DPS *Suicidologi*, 17(1), 3-6.
- Tallaksen, D. W., Bråten, K., & Tveiten, S. (2013). "...You are not particularly helpful as a helper when you are helpful" A qualitative study of Public Health Nurses and their competence related to suicidal adolescents. *Vård i Norden*, 33(1), 46-50.
- Tallaksen, D. W., & Lindmark, J. (2013). Godt utført førstehjelp kan representere et vendepunkt for personer med selvmordstanker! *Suicidologi*, 18(1), 30-33.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetode i praksis*. . Oslo: Gyldendal Norks Forlag AS.
- VIVAT Selvmordsforebygging. (2004). *Førstehjelp ved selvmordsfare. Kursmanual*. Tromsø: VIVAT.
- VIVAT selvmordsforebygging. (2012). *VIVAT Årsrapport 2012*. Tromsø: VIVAT selvmordsforebygging.
- VIVAT selvmordsforebygging. (2014). Hjemmeside. Retrieved 4. july 2014, from <http://vivatselvmordsforebygging.net/>
- WHO. (2012). *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. Geneva: World Health Organisation
- WHO. (2013). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013 – 2020*. Geneva: World Health Organisation.

Vedlegg 1

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 21
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

Kim Sverre Larsen
Nasjonalt senter for selvmordsforskning og –forebygging
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Oslo
Sognsvannsven 21, Bygg 12
0372 OSLO

Vår dato: 16.08.2013

Vår ref:35069 / 4 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.08.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

35069	<i>Selvmordsforebygging i NAV. En undersøkelse av hvilken betydning ansatte i NAVs førstelinje og publikumsmottak mener kurset "Førstehjelp ved selvmordsfare" (VIVAT) har for deres jobb i kontakt med brukere</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Kim Sverre Larsen</i>
Student	<i>Bjørn Tschudi Madsen</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, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Linn-Merethe Rød

Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Bjørn Tschudi Madsen, Brobekkveien 51a, 0598 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11 nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrra.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svtuit.no

Vedlegg 2

Oslo, oktober 2013

Til:

Dere som har gjennomgått kurset "Førstehjelp ved selvmordsfare" (VIVAT), og som har minimum 6 måneders erfaring fra jobbing med brukere i NAVs førstelinje/publikumsmottak (tilsvarende) i etterkant.

Forespørsel om deltakelse i masterstudie/forskningsprosjekt:

Bakgrunn og formål

Jeg er masterstudent i psykososialt arbeid – selvmord, rus, vold/traumer (erfæringsbasert master) ved Universitetet i Oslo, og holder på med den avsluttende masteroppgaven på studieretning selvmordsforebygging. Masteroppgaven min tar sikte på å undersøke *hvilken betydning ansatte i NAVs førstelinje og publikumsmottak mener kurset "Førstehjelp ved selvmordsfare" (VIVAT) har og har hatt å si for utførelse av jobben i møte med selvmordsnære og/eller brukere i vanskelige og pressede situasjoner.*

Hva innebærer deltakelse i studien?

Dette er en kvalitativ studie som vil bli gjennomført ved fokusgruppeintervju. Det er en metode hvor deltakerne (4 – 6) diskuterer et fokusert tema. Vi skal ikke konkludere eller komme til noen form for enighet, jeg er ute etter den enkeltes opplevelser og erfaringer med VIVAT kurset. Det å hente informasjon gjennom å diskutere, dele og bygge på hverandres synspunkter og erfaringer er det jeg ønsker å oppnå med en fokusgruppe. De av dere som velger å delta, vil få tilsendt en intervjuguide som legger noen rammer rundt intervjuet/diskusjonene, og således kunne forberede seg litt.

Det som sies i intervjuene vil bli tatt opp på bånd (digitalt), transkribert til skriftlig tekst, og utgjør det materialet som danner grunnlag for analysene etterpå.

Det planlegges med 2 intervjurunder med ca 1 måneds mellomrom, hver på ca 90 minutter. Din deltakelse vil således innebære ca 2x 90 minutter. Første intervjuet vil foregå på din arbeidsplass xxxxx.

Hva skjer med denne informasjonen?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Navnelister på deltakere i intervjuene vil bli lagret adskilt fra øvrige data. Ingen enkeltpersoner vil kunne identifiseres i den ferdige studien. Arbeidssted vil bli anonymisert.

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen 1. juli 2015. Deltakerlister, opptak og transkribert tekst vil da bli slettet. Hvis det er interesse for det, vil jeg ha en gjennomgang av resultatene av undersøkelsen med dere som deltok.

Studien er godkjent av din avdelings ledelse, og er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS(NSD) som har godkjent måten den er tenkt gjennomført på.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi noen grunn. All informasjon om deg vil da bli slettet.

Dersom du har behov for mer informasjon, ta gjerne kontakt med en av oss:

Dag Willy Tallaksen

Førstelektor/VIVAT kursleder/Veileder for studien
Telefon
E-post:

Bjørn Tschudi Madsen

Student/VIVAT kursleder
Telefon
E-post:

SAMTYKKEERKLÆRING:

Dersom du kan tenke deg å delta i studien, kopier dette:

Jeg er kjent med hva studien omkring betydningen av VIVAT kurset går ut på, og samtykker med dette i å delta.

Navn : _____

Telefon: : _____

- og send det pr E – post til madsenbt@online.no – da får jeg din E postadresse også slik at vi kan avtale ytterligere detaljer direkte for de som kan tenke seg å delta pr E post.

Med hilsen
Bjørn Tschudi Madsen

Vedlegg 3

Bjørn Tschudi Madsen

Fra: Bjørn Tschudi Madsen
Sendt:
Til:

Emne:

Hei,

I den innledende informasjonen som dere har fått lovet jeg å være litt mer konkret i forhold til hva vi skal snakke om på de ca 90 minuttene intervjuet varer. Intervju er kanskje i utgangspunktet litt misvisende.

Et "fokusgruppeintervju" skiller seg fra et intervju slik vi kjenner det feks fra TV ved at deltakerne i et fokusgruppeintervju i hovedsak snakker med hverandre - og ikke så mye med intervjueren. På denne måten prøver vi å fokusere på et tema, få til at dere sammen "produserer informasjon" - i vårt tilfelle om betydningen av VIVAT. Vi skal ikke komme til noen felles konklusjoner eller oppnå enighet om noe som helst - jeg er interessert i den enkeltes opplevelse og erfaringer.

Her er de hovedpunktene jeg planlegger at vi skal konsentrere oss om, så får vi se hvor diskusjonen fører oss/dere hen. Litt "styring" kan kanskje være nødvendig, derfor en intervjuguide:

- Kan dere fortelle litt om hvordan dere opplever å møte selvmordsnære/personer som er i spesielt vanskelige situasjoner. Er det vanskelig? I så fall - hva er vanskelig? Hva gjør det enklere/lettere? Har VIVAT-kurset hatt noen betydning for hvordan du opplever og gjennomfører disse menneskemøtene?
- Kan dere fortell litt om hvilken betydning dere opplever kollegaene dine spiller når dere jobber med/møter ekstra utfordrende brukere. Har du noen å rådføre deg med? Noen å støtte deg til som skjønner hva du "snakker" om?
- Kan dere fortelle litt om hvordan dere opplever de mulighetene dere har for videre henvisninger/tiltak når dere har med selvmordsnære/ personer i spesielt vanskelige og fortvilte situasjoner å gjøre. Eventuelt hvordan dere opplever å mangle eller ha dårlige muligheter for videre henvisning/tiltak. Har VIVAT kurset hatt noen betydning med tanke på dette? (Større/mindre behov for henvisninger, raskere og sikrere henvisninger mv)
- I den grad dere opplever at VIVAT kurset har hatt betydning for dere i forhold til deres daglige jobb i møte med brukerne, kan dere fortelle litt om det? (kunnskap, ferdigheter og holdninger, handlingskompetanse mv)

Om du ikke føler at du har så mange momenter når du leser dette, så husk at noe av hensikten er at dere skal "hjelp" hverandre med momenter.

Er det noe du lurer på i nå forkant, ring gjerne.

Vi sees fredag kl 1000
Hilsen
Bjørn Tschudi Madsen