

Line Anette Jakobsen Haukø

«Livreddende rusterapeuter».

En kvalitativ studie av ansatte i rusbehandling sine erfaringer ved bruk av kunnskap fra kurset Førstehjelp ved selvmordsfare.

Masteroppgave i Master i Helsevitenskap

Veileder professor John-Arne Skolbekken

Trondheim august, 2019

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

NTNU

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| Forord | 3 |
| Sammendrag..... | 4 |
| 1. INTRODUKSJON | 8 |
| 1.1 Studiens hensikt | 8 |
| 1.2 Bakgrunn for studien..... | 8 |
| 1.3 Studiens problemstilling | 11 |
| 1.4 Litteratursøk | 11 |
| 1.5 Forskningslitteratur om temaet..... | 12 |
| 2. TEORETISK REFERANSERAMME..... | 15 |
| 2.1 Begrepet Selvmord..... | 16 |
| 2.1.2 Årsaker til selvmord | 17 |
| 2.1.3 Risikofaktorer for selvmord..... | 19 |
| 2.2 Sammenhengen mellom rus og selvmord..... | 22 |
| 2.2.3 Rusterapeuter | 26 |
| 2.3 Selvmordsforebygging innen Tverrfaglig spesialisert rusbehandling..... | 26 |
| 2.3.1 Kurset <i>Førstehjelp ved selvmordsfare</i> | 27 |
| 2.4 Forskerens forforståelse | 30 |
| 2.5 Avgrensninger | 32 |
| 3. METODE..... | 33 |
| 3.1 Forskningsdesign..... | 34 |
| 3.2 Evaluering..... | 35 |
| 3.3 Vitenskapsteoretisk tilnærming..... | 36 |
| 3.4 Datainnsamling | 37 |
| 3.4.1 Utvalg og rekruttering..... | 37 |
| 3.4.2 Fokusgruppe..... | 39 |
| 3.4.2 Semistrukturert intervju og intervjustruktur | 40 |
| 3.4.4 Dokumentasjon | 41 |
| 3.5 Analyseprosess..... | 43 |
| 3.6 Etske problemstillinger og troverdighet | 48 |
| 3.7 Formelle tillatelser | 50 |
| 4. PRESENTASJON AV FUNN OG DISKUSJON | 51 |
| 4.1 Hovedfunn: Kursets innvirkning på rusterapeuten..... | 51 |
| 4.1.1 Bli kjent med egne følelser, opplevelser og erfaringer: « <i>Fra vettaskremt til lettet</i> » | 52 |
| 4.1.2 Perspektiver på fagutøvelse: « <i>Det er jobben min å sette ord på det de kjenner</i> »..... | 55 |

| | | |
|---------|---|-----|
| 4.1.3 | Diskusjon - Kursets innvirkning på rusterapeuten..... | 59 |
| 4.1.3.1 | Teoretisk kunnskap og livserfaring - like viktig?..... | 60 |
| 4.1.3.2 | Selv mord som uttrykk for smerte..... | 62 |
| 4.2 | Hovedfunn: Selvmordsforebygging i praksis | 63 |
| 4.2.1 | Selv mord blant ruspasienter: « <i>Fordi rusen gjør at de står i fare for eget liv</i> » | 64 |
| 4.2.2 | Å bruke kunnskap fra kurset <i>Førstehjelp ved selvmordsfare</i> : « <i>Verktøy for intervensjon, få dem i tale</i> » | 67 |
| 4.2.3 | Selv mordskartlegging: « <i>Fra skjema til samtale</i> » | 70 |
| 4.2.4 | Diskusjon - Selvmordsforebygging i praksis | 72 |
| 4.2.4.1 | Selv mord som kommunikasjon..... | 73 |
| 4.2.4.2 | Den selvmordsnære sitt perspektiv..... | 75 |
| 4.2.4.3 | Tunnelsyn vs. ambivalente tanker | 76 |
| 4.2.4.4 | Registrering og utøvelse av fagkunnskap | 77 |
| 4.2.4.5 | Skal alle skjæres over samme kam? | 81 |
| 4.3 | Hovedfunn: Implikasjoner for samarbeid | 83 |
| 4.3.1 | Allianse med pasient: « <i>Å spille på lag</i> »..... | 84 |
| 4.3.2 | Kollegastøtte: « <i>Betydningen av Kollegastøtte</i> » | 86 |
| 4.3.3 | Å hjelpe den selvmordsnære: « <i>Det gjelder folk flest</i> » | 87 |
| 4.3.4 | Diskusjon - Implikasjoner for samarbeid | 90 |
| 4.3.4.1 | Selv mord og rus som forsvar | 90 |
| 4.3.4.2 | Tverrfaglig spesialisert behandling – et nytt spesialistfelt. | 91 |
| 4.3.4.3 | Faglig kvalifisert til selvmordsvurdering?..... | 92 |
| 4.3.4.4 | Rammer for yrkesutøvelse | 94 |
| 4.3.4.5 | Behov for endring av praksis? | 95 |
| 4.3.4.6 | Formelt ansvar – opplevd ansvar | 96 |
| 4.3.4.7 | Oppmerksomme medmennesker | 96 |
| 4.4 | Avsluttende diskusjon..... | 97 |
| 5. | METODEDISKUSJON | 99 |
| 6. | VIDERE FORSKNING | 103 |
| 7. | KONKLUSJON..... | 104 |
| | Litteratur | 106 |
| | Vedlegg..... | 113 |

Forord

Dette er et produkt som har kommet til live gjennom en lang og mør prosess.

Denne studien har vært mer tidkrevende enn det jeg greide å forutse, men når sant skal sies, så har prosessen vært givende. Arbeidet har lært meg mye om forskning, om fagutøvelse, om andre mennesker og om meg selv. Jeg mistet motet mange ganger, og jeg hadde ikke greidd å fullføre uten en heiagjeng.

Jeg vil takke organisasjonen VIVAT som har trodd på meg, og som har inspirert meg til å ta fatt på denne studien.

Min arbeidsgiver Lade Behandlingssenter Blå Kors har lagt til rette for studier, og har kommet med innspill når jeg har trengt det.

Tusen takk til familien min, som har gitt meg tiden det har tatt.

En stor takk går til veilederen min professor John-Arne Skolbekken, som i små regelmessige doser har gitt meg ærlige tilbakemeldinger, støttet og veiledet meg gjennom hele forskningsprosessen.

Til sist, men ikke minst, så vil jeg takke alle informantene som stilte opp. Uten dere hadde ikke denne studien blitt til. Bidragene forteller om en praksis med omsorg, mot og empati.

Dere gjør en betydelig innsats i å redde liv. Jeg ønsker dere alt godt i livet!

Trondheim, august, 2019

Line Anette Jakobsen Haukø

Sammendrag

Bakgrunnen for denne studien:

Selv mord utgjør et betydelig folkehelseproblem både i verden og i Norge. På grunn av ringeffektene selvmord kan ha, bør mange mennesker ha kunnskap om å avverge selvmord.

Rusavhengige ansees som en risikogruppe for selvmord, og alle sykehuspasienter med denne problematikken kartlegges om erfaring med selvmord. Det er derfor relevant at rusterapeuter har kunnskap om selvmordsforebygging.

Kurset Førstehjelp ved selvmordsfare er et av Helsedirektoratets selvmordsforebyggende tiltak. Kurset er et manualbasert undervisningsprogram som går over 2 dager. Det er utviklet av organisasjonen Living Works i Canada, og går under navnet ASIST.

Problemstilling: Studien undersøker hvordan rusterapeuter bruker kunnskap fra kurset førstehjelp ved selvmordsfare i praksis.

«Hvilke erfaringer har deltakerne gjort seg i praksis med mennesker som har rusproblem?»

Metode: Det ble benyttet kvalitativ metode hvor det ble gjennomført tre fokusgrupper og ett enkelt dybdeintervju. Studien inkluderer 14 informanter. Data ble analysert ved hjelp av Malteruds (2017) systematiske tekstkondensering.

Resultat: Studien viser at kurset var sterkt, engasjerende og lærerikt fordi deltakerne måtte bli kjent med profesjonell og privat kunnskap. Kurset gjorde deltakerne mer bevisste når de undersøkte selvmord og de beskrev større kunnskap i å kunne støtte den selvmordsnære videre. Kurset har bidratt til en felles forståelse av problematikken blant pasienter og blant sine venner og kollegaer.

Konklusjon: Informantene finner kurset nyttig. Det fungerer som et godt supplement til nasjonale retningslinjer om selvmordskartlegging. Opplæring innenfor selvmordsforebygging

i utdanningene er mangelfull. Informantene anvender kunnskapen på andre livsarenaer, og med dette øker rekkevidden av kunnskapen. På bakgrunn av dette anbefales videre forskning på virkningene av utført førstehjelp.

Nøkkelord: Rus + selvmordsforebygging + Førstehjelp ved selvmordsfare

Abstract

Background:

Suicide is a major public health problem worldwide, and in Norway. The human losses have impact on relatives, friends and the community in general; there is good reason to argue that more focus should be set on the importance of how to avert suicide.

Alcohol and drug addicts are considered being at risk for suicide. For this reason, all hospital patients with addiction related diagnoses in Norway are screened on topics like suicide attempts and thoughts. Further, it is particularly important that addiction therapists have the necessary competence to save lives.

Applied Suicide Intervention Skills training is one of several interventions on suicide prevention conducted by the Norwegian Directorate of Health. ASIST is a two-day manual-based workshop. It is developed by the Living Works organization in Canada and is known as ASIST.

Thesis statement: The present master thesis aims at clarifying how addiction therapists use their knowledge from the ASIST workshop.

“What experiences have participants made in their practice with addicts, using skills from ASIST?”

Method: A qualitative method was used in which three focus group interviews and one single in-depth interview were conducted. The study includes 14 informants. Data was analyzed using Malterud’s (2017) systematic text condensation

Results: The study shows that the workshop was experienced as very engaging and meaningful especially because the participants had to use their professional and own life experiences on the topic. The workshop contributed to more awareness about focusing on people at risk and the participants described increased skills in being able to support people at risk. The participants also experienced that the course had contributed to a common

understanding of the problems among patients and among their friends and colleagues at work.

Conclusion:

The participants view ASIST as very useful and it has served as a good supplement to national guidelines on examine suicide. Suicide awareness and preventions plays an inadequate part of curriculums throughout the general educational system in Norway The participants have used the knowledge they have learned also on other arenas of their life, and with this they have increased the range of their knowledge on the subject..

For this reason, it is recommended to look into the effects of interventions of suicide prevention in the future.

Keywords: Suicideprevention + addiction + ASIST.

1. INTRODUKSJON

1.1 Studiens hensikt

Kurset «Førstehjelp ved selvmordsfare» gjennom organisasjonen VIVAT, er et av Helsedirektoratets selvmordsforebyggende tiltak. Hensikten med denne studien er å utvikle en dypere kunnskap om hvilken betydning kurset «Førstehjelp ved selvmordsfare» har hatt for deltakere som jobber innen rusbehandling. Ved å undersøke dette kan vi få en bedre forståelse av hvor relevant og anvendelig kurset er for den enkelte og i møte med den selvmordsnære ut i praksis.

1.2 Bakgrunn for studien

Selv mord utgjør et betydelig samfunnsproblem i Norge, men også i verden generelt. På verdensbasis anslår Verdens Helseorganisasjon (WHO, 2017) at nesten 800 000 mennesker dør i selvmord, årlig. Ett menneske for hvert 40. sekund! I 2017 døde 593 mennesker som følge av selvmord i Norge (FHI, 2018). Selvmord er den tredje hyppigste dødsårsaken i verden blant aldersgruppen 15-44 år, og den nest hyppigste dødsårsaken for mennesker i alderen 15-19 år. Verdens helseorganisasjon (2017) erkjenner at de reelle tallene for selvmord er høyere enn det som er registrert. Til tross for variasjoner og begrensinger, anslår Andriessen (2011) at det vil være trygt å bruke 10% - faktoren for å illustrere at selvmordsrater fremdeles er underrapportert i offisiell statistikk. Vi kan med andre ord, anslå de reelle tallene til å være minimum 10% høyere.

Selv mord og forsøk på selvmord er ikke bare problematisk for den det gjelder, men har innvirkning også på livene til de som utgjør det sosiale nettverket rundt. Familie, nære venner, kollegaer og samfunnet rundt. Et sosialt nettverk defineres gjerne som antallet mennesker man kan opprettholde stabile sosiale relasjoner med. Når det gjelder nære berørte,

eller etterlatte etter selvmord, estimerte Schneidmann (1985) at minst 6 andre mennesker blir inngående påvirket av hvert selvmord.

Selvmord har opptatt mennesker til alle tider, land og kulturer. For å forstå hva som leder til selvmord, må vi ha en forståelse av konteksten den selvmordsnære lever i. Det er ikke tilstrekkelig å se på individets psykiske tilstand alene. Ifølge Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, understrekes det at risikovurderinger må inneholde både en vurdering av person og situasjon (Helsedirektoratet, 2014). Risiko for selvmord er som regel et resultat av et samspill mellom en rekke ulike risikofaktorer og belastende hendelser i livet.

Selvmordsfare viser seg å være større blant personer med alkoholavhengighet enn blant den generelle befolkningen. Opptil 7 prosent av de som har diagnosen alkoholavhengighet dør ved selvmord hvert år. I følge studier av Conner mf.l (2006) øker risikoen for selvmord og selvmordsforsøk om du drikker alkohol. Minst en tredjedel av de som dør i selvmord fyller kriteriene for alkoholmisbruk. Av de som blir behandlet etter selvmordsforsøk, var alkoholmisbruk beskrevet som en signifikant utløsende faktor. På befolkningsnivå øker antall selvmord i takt med stadig høyere alkoholkonsum, særlig i de nordiske landene. En metaanalyse over 42 studier (Norstrom,2013) viser at det er en positiv korrelasjon mellom en økning av alkoholkonsum og økning av selvmordsrate. Blant personer med et registrert alkoholmisbruk er risikoen for selvmord om lag 10 ganger høyere enn befolkningen for øvrig.

På individnivå viser Rossow (2013) at det er klare sammenhenger mellom alkoholbruk og suicidal atferd. Av registrerte selvmord hadde en betydelig andel hatt et forutgående alkoholmisbruk, varierende mellom 15 og 61 %. Alkoholberuselse er med andre ord en viktig risikofaktor for suicidal atferd og ved selvmord. Rossow og Rolf Jørgensen (2013) har undersøkt forekomsten av selvmordstanker og selvmordsforsøk blant

alkoholmisbrukere som er innlagt på avrusing i Oslo. Data basert på 508 pasienter viser at 30% sa at de noen ganger hadde forsøkt å ta sitt eget liv, 52% hadde hatt perioder med alvorlige selvmordstanker i løpet av livet, og 46% hadde hatt alvorlige selvmordstanker i løpet av de siste 4 ukene. Dette understreker at rusavhengige er en utsatt gruppe.

Sammenheng mellom selvmord og bruk av rusmidler gjør det ekstra relevant for ansatte i rusbehandling å ha god kunnskap om selvmordsforebyggende tiltak. Opplæring innen selvmordsforebygging er nødvendig for å kunne oppdage selvmordsrisiko, intervenere og støtte pasienten videre, for å berge liv.

Organisasjonen Vivat Selvmordsforebygging ble etablert i 1998 i Nord Norge, for å bringe kunnskap om selvmordsforebygging til den norske befolkningen. Dette gjør de blant annet ved å tilby kurset Førstehjelp ved selvmordsfare. Kurset holdes landet over. Siden oppstarten har ca 50 000 deltatt på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare.

Kurset Førstehjelp ved selvmordsfare er et 2 dagers opplæringsprogram, og er et av Helsedirektoratets selvmordsforebyggende tiltak. Vivat tilbyr i tillegg til førstehjelpskurs, FriskOpp, Oppmerksom på selvmordstanker, utdanning og faglig oppdatering av nye kursholdere. Vivat er forankret i Universitetssykehuset i Nord Norge og ledes fra Tromsø og har overordnet ansvar for ca 130 kursledere og veiledere (Vivat, 2018).

Kursene Vivat leverer er utviklet av Living Works i Canada og kurset Førstehjelp ved selvmordsfare har navnet ASIST i engelsktalende land. Over 2 millioner mennesker verden over har fått opplæring tilsvarende kurs som Vivat leverer. Kurset evalueres jevnlig og systematisk og har gjennomgått flere revisjoner. Kurset bygger på kunnskap fra fagområdet suicidologi og er påvirket av Edwin Schneidmanns tenkning rundt begrepet «psycache», og Jobs (2004) modell for Collaborative Assessment and Management of Suicidality, CAMS (Vivat, 2016). Målgruppa for kursene er ansatte i helse og sosiale-tjenester,

redningspersonell, lærere, servicenæringen og de som møter selvmordsnære mennesker i sitt arbeid (Vivat, selvmordsforebygging, 2018).

1.3 Studiens problemstilling

Denne masteroppgaven beskriver hvordan tidligere kursdeltakere som jobber i rusbehandling har opplevd å være på kurs i Førstehjelp ved selvmordsfare og hvordan de anvender kunnskap fra kurset i praksis. Problemstillingen har tatt utgangspunkt i deltakernes opplevelser og lyder som følgende: «*Hvilke erfaringer har rusterapeuter gjort seg ved bruk av kunnskap fra kurset Førstehjelp ved selvmordsfare*»? Oppgavens tittel; «*Livreddende rusterapeuter*» er en betraktning over hvilken måte de anvender kunnskap fra kurset i praksis.

1.4 Litteratursøk

Jeg vil her gjøre rede for hvordan jeg har gått frem ved litteratursøk om temaet for å få et godt overblikk over gjeldende forskningslitteratur på fagfeltet og som i størst mulig grad er relevant for min problemstilling. Deretter vil jeg presentere et utvalg av den aktuelle forskningslitteraturen. Hensikten med denne presentasjonen er å få en oversikt over eksisterende kunnskap på fagfeltet, finne eventuelle kunnskapshull og bruke dette som grunnlag for sammenstilling og diskusjon opp mot egne funn (Dysthe, Hoel og Hertzberg (2010).

I søk om aktuelle studier om Førstehjelp ved selvmordsfare/ASIST har jeg brukt databasene Research Gate, Google scholar.no, SAGE Journals, ISI Web of Science, Wiley Online Library, IDUNN og helsebiblioteket. Følgende søkeord er benyttet:

Suicideprevention, addiction, selvmordsforebygging, rus, Førstehjelp ved selvmordsfare, ASIST. Søkene har blitt gjennomført i perioden mai 2018 til januar 2019. Søkene ledet meg

til norske og internasjonale studier innenfor fagdisiplinene medisin, sosiologi og psykologi. I tillegg har jeg brukt Vivat og Living Works egne rapporter. For å begrense tilfanget av litteratur, kombinerte jeg begrepet *suicideprevention* med *ASIST* for å treffe problemformuleringen bedre.

1.5 Forskningslitteratur om temaet

Å stå stilt overfor personer som har tanker om å ta livet sitt, er en krevende omsorgsoppgave. Derfor er det viktig å ha fokus på hvordan det oppleves for hjelperne å støtte den selvmordsnære. Her vil jeg referere til studier som belyser selve hjelpe-rollen ved selvmordsintervenering. Jeg har valgt dette, fordi dette har særlig relevans for oppgaveformuleringen. Jeg referer til studier som fokuserer på hjelperrollen og deres erfaringer, kunnskap, holdninger og ferdigheter. Forskningsmetodene som er benyttet i de ulike studiene representerer bruk av både kvalitativ og kvantitativ forskningsmetodikk.

Et av hovedmålene til Lifeline sentrene i USA, er å redusere innringernes nåværende kriser og selvmordsyttringer. Av den grunn har Lifeline fokusert på å standardisere medarbeidernes opplæring og praksis. Evaluering har vært nødvendig for å kunne fortelle om hjelpetelefonen når sine mål. Gould, Cross, Pisani, Munkfakh & Kleinman (2013) gjennomførte i 2008 til 2009 en randomisert kontrollert studie (RCT) der de hadde som mål å undersøke i hvilken grad kurset ASIST (Førstehjelp ved selvmordsfare) hadde blitt implementert hos medarbeidere på Lifelines nasjonale nettverk av krisetelefoner. Data ble basert på 1507 telefonopptak fra 1410 selvmordsnære mennesker på 17 Lifeline Sentre. Telefonvaktene ble delt i to grupper, de med og uten førstehjelpskurs. Samtalene ble tatt opp elektronisk og spilt blindt for forskerne. Forskerne hadde ikke kjennskap til hvem av telefonvaktene som hadde gjennomført kurs. Data ble samlet inn over 19 måneder. Forskerne

var ukjent med hvilket senter som mottok telefonen og hvilken opplæring medarbeideren hadde. Dataene ble statistisk analysert.

Funnene i studien viste at medarbeidere med ASIST tilnærming hadde signifikant lengre telefontid og fant et økt antall signaler som var koblet til selvmord. De utforsket grunner for å leve og ambivalens i forhold til død og utforsket uformelle nettverk som innringeren kunne koble seg til. Studien viste imidlertid ingen signifikante funn med tanke på å utforske den selvmordsnære sine selvmordsplaner. Metodene for intervensjon ble av forskerne vurdert til å være like effektive. Studien viste imidlertid at innringerne følte seg signifikant mindre depressive, mindre suicidale, mindre overveldet og mer håpefulle etter å ha snakket med en ASIST-trenet førstehjelper. Studien viste at innringerne ønsket å bli møtt med respekt og empati, en støttende holdning, god kontakt og evne til å finne gode løsninger gjennom samarbeid. Til tross for signifikante funn i denne studien gjorde ikke rådgiverne konsistente selvmordsrisikovurderinger. Når rådgiverne gjorde risikovurderinger, var de vanligvis «ufullstendige». Forskerne fant ingen forskjeller mellom telefonvakter med og uten opplæring, når det gjaldt selvmordsrisikovurderinger. Forskerne bak studien undrer seg hvorfor det er slik, og oppfordrer til videre forskning.

Silva mfl. (2016) utførte en studie blant 16693 deltakere som jobbet innen helse og omsorg fra forskjellige delstater i USA. Studiens hensikt var å undersøke deltakernes kunnskap om selvmord, ferdigheter og trygghet. En tredel av deltakerne hadde utdanning fra ASIST, en tredel hadde mottatt e-læringsprogrammet Question Persuade Refere (QPR), mens den siste gruppen hadde ingen opplæring. Resultatene viste at individene med selvmordsrelevant trening hadde større kunnskap og trygghet om håndtering av situasjoner knyttet til selvmord og selvmordsforsøk, enn de uten trening. Blant de som hadde mottatt trening, fant de ingen forskjeller om kunnskap om selvmord, men de som hadde mottatt

ASIST rapporterte større trygghet når det gjelder å jobbe med selvmordsnære, enn de som hadde annen opplæring.

Kurset Førstehjelp ved Selvmordsfare er evaluert av Guttormsen, Høifødt, Silvola og Burkland (2003). I 1998/99 gjennomførte de en studie, blant medisinstudenter ved Universitetet i Tromsø, som fikk navnet *Førstehjelp ved selvmordsfare- en evaluering*. Datainnsamlingen bestod av fokusgrupper på til sammen 47 deltakere. Materialet ble gjennomgått og fortolket gjennom systematisk tekstkondensering. Resultatene av studien viste at studentene fikk relevant kunnskap, større faglig trygghet og økt kompetanse til å intervensere ved selvmordsfare. Å øve gjennom rollespill og direkte tilbakemeldinger på egen atferd var nyttig. De var opptatt av å våge å ta ansvar i vanskelige situasjoner og de så betydningen av å samarbeide med andre yrkesgrupper. Å møte selvmorstruede ble sett på som krevende, og de ble mer oppmerksomme på måter å ta vare på seg selv i sitt private liv for å kunne stå i dette arbeidet.

En undersøkelse om erfaringer fra kurset Førstehjelp ved selvmordsfare, er studien *You are not particularly helpful as a helper when you are helpless*. Tallaksen, Bråten & Tveiten (2013) undersøkte helsesøstre sine praksiserfaringer etter kurset Førstehjelp ved selvmordsfare. Data ble innsamlet gjennom tre fokusgrupper, som ble intervjuet to ganger. Studien er analysert ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse. Denne studien viser at helsesøstre beskriver økt profesjonell mestring, gjennom å kunne uttrykke seg klart, direkte og offensivt og de opplever seg som tryggere og modigere. Etter kurset beskriver de seg selv som dyktigere og mer effektive i sitt møte med situasjoner der ungdom uttrykker selvmordsfare. Samme endring ble også lagt merke til av kollegaer. Forskningsdeltakerne beskrev de hadde fått med seg et godt verktøy og en oversikt over et samarbeidende nettverk. Videre beskrev de økt kompetanse om «dialog som verktøy».

I studien *Kurset «Førstehjelp ved selvmordsfare» - Noe mer enn et førstehjelpskurs?* (2017) har Madsen og Tallaksen undersøkt effekten av kursdeltakelse for ansatte ved NAV. Studien har et kvalitativt design, og data ble samlet inn ved tre fokusgrupper, samt en pilotgruppe. Studien viste også her, økt kompetanse og evne til å spørre om selvmordstanker og til å følge opp dersom svaret var ja. Flere ga uttrykk for økt mestringsevne, trygghet og tillit i relasjonen til de selvmordsnære. Kurset hadde bidratt til bedre kommunikasjon og samarbeid med spesialisthelsetjenesten og andre offentlige hjelpeinstanser. Videre opplevde deltakerne økt vilje til å følge opp klienter som strever med selvmordstanker over tid etter å ha deltatt på førstehjelpskurset.

2. TEORETISK REFERANSERAMME

Den teoretiske referanserammen er basert på forskerens posisjon i forskningsarbeidet. Hensikten med teorien er å kunne beskrive virkeligheten enkelt og treffende. Teori baserer seg på den kunnskapen vi har så langt, og den utvikler seg undervegs i samspill med datainnsamlingen (Malterud, 2017). Litteraturgjennomgang om hva som er etablert og dokumentert kunnskap innenfor området, kan hjelpe leseren til å forstå å klargjøre dette utgangspunktet. Referanserammen og forskerens faglige perspektiv styrer forskningsprosessen, og vil spille inn hvordan resultater blir tolket.

Til denne studien startet jeg et systematisk litteratursøk som nevnt i forrige kapittel, med bruk av relevante søkeord. Studiene som jeg fant relevante for denne problemstillingen har alle tatt utgangspunkt i hjelperens erfaringer med bruk av kurset Førstehjelp ved selvmordsfare. Jeg vil videre i teorikapitlet gjøre rede for begrepet selvmord, årsaker og risiko for selvmord, sammenhengen mellom rus og selvmord. Videre beskriver jeg tverrfaglig spesialisert rusbehandling og hvordan de nasjonale faglige retningslinjene anbefaler

selvmordsforebygging. Tilslutt gjør jeg rede for VIVAT kurset; Førstehjelp ved selvmordsfare og min egen forforståelse om kursets rolle og funksjon.

2.1 Begrepet Selvmord

Ordet selvmord kommer av det latinske ordet *suicidium*. Det er satt sammen av *sui* som betyr seg selv, ordet *caedere* som betyr å drepe. (Rettesdøl, Ekeberg & Mehlum, 2002) Suicid betyr språklig sett det samme som selvmord. Suicidologi handler om læren om selvmordsproblematikk som omfatter alt fra selvmordstanker, -trusler, - forsøk og selvmord. Suicidologi som fagfelt berører også hyppighet, utbredelse, årsaksforhold, behandling, prognose og forebygging samt forholdet til pårørende og etterlatte (Rettesdøl, Ekeberg & Mehlum, 2002). Suicidologi er et sammensatt fagfelt som kan forstås ut fra flere teoretiske perspektiver, som for eksempel biologi, psykologi, sosiologi, psykiatri, kulturelt og filosofisk. På bakgrunn av at det er mange måter å forstå selvmord må, kan de ulike synene føre til usikkerhet og forvirring for de som skal utføre hjelpen. For å svare på oppgavens problemstilling, har jeg valgt å ta utgangspunkt i den kliniske og psykologiske måten å forstå selvmord på og jeg setter dette opp imot demografi og statistisk forekomst.

2.1.1 Definisjon på selvmord

Det er mange ulike definisjoner på begrepet selvmord. I denne oppgaven legges den amerikanske psykologen Edwin Schneidmans definisjon til grunn:

I vår tid, i den vestlige verden, er selvmord en bevisst, selvpåført, tilintetgjørende handling som best kan forstås som en komplisert krisetilstand hos et individ med udekkete sentrale psykologiske behov. Individet definerer krisesituasjonen på en slik måte at selvmord sees på som den beste løsningen (Schneidman, E. 1985, side 202-213).

I denne definisjonen forstås selvmordshandlingen som en komplisert krisetilstand hos et individ med udekkede psykologiske behov. Schneidman omtaler dette som en psykologisk krise. Han mener selvmordet kan sees på som en forståelig handling på bakgrunn av en livskrise, framfor et irrasjonelt uttrykk for en sinnslidelse.

I faglitteratur er det vanlig å bruke begrepene paracuicid, suicidal, suicidere og suicid i sammenheng med omtalen av selvmord. For meg virker begrepene tekniske og fremmedgjørende på livssmerten som ligger bak selvmordstanker og selvmordshandlinger. Personer som har tanker eller planer om å ta eget liv, benevner jeg personer som *selvmordsnære, personer i selvmordsfare* eller *personer i fare*.

2.1.2 Årsaker til selvmord

Selvord er et fenomen som er kompleks sammensatt av en rekke ulike risikofaktorer og tragiske opplevelser. Årsakene varierer fra individ til individ, og det dreier seg som regel om et samspill av ulike forståelser. Av ulike grunner, kan det være vanskelig for folk å oppfatte signalene som de selvmordsnære varsler.

En psykologisk modell for å forstå hva som kan lede til selvmord, er Sigmund Freud er sin psykodynamiske modell. (Ekeberg og Hem, 2016). Det er dette teoretiske synet denne oppgaven støtter seg til. Psykodynamisk teori forklarer at symptomer som angst, nedstemthet, vansker i relasjoner eller bruk av rus kan være et resultat av underliggende ubevisste konflikter, skamfulle følelser og ønsker, eller ubearbeidede opplevelser fra tidligere relasjoner (Føyn & Shagani, 2010). Beskyttelsesmekanismene har vært nødvendige for å beskytte seg selv tidligere i livet, men byr på problemer senere i livet. Rus eller mulighet for selvmord er eksempel på en slike mekanismer. En psykodynamisk tilnærming kan være nyttig å bruke hvis den hjelpetrengende har diffuse, sammensatte problemer og trenger hjelp

til å bearbeide vanskelige opplevelser. Denne tilnærmingen eller behandlingsformen er ofte kombinert med kognitive intervensjoner.

Kognitive modeller forsøker å forklare hvordan vi velger informasjon og hvordan vi tolker denne informasjonen. Hvordan informasjonen velges ut og hvordan den tolkes avhenger av tidligere erfaringer og hvilke forventninger vi har. Tidligere erfaringer og hvordan man tenker skaper forklaring og mening til vår atferd (Ekeberg og Hem, 2016). Det finnes flere kognitive modeller for å forstå hva som kan lede til selvmord, men jeg velger å ta for meg den amerikanske suicidologen Edwin Schneidmans kognitive modell for å forstå selvmordsatferd. Schneidman (1993) beskriver følgende punkter:

- 1. Selvmordsatferd for å komme ut av det som oppleves som en uløselig konfliktsituasjon.** Selvmord oppleves som den beste løsningen på en ulidelig situasjon. Den eneste måten å hindre at situasjonen blir verre på er selvmord. Selvmord kan også være et forsøk på å redusere indre spenning, til å få andre til å reagere, slik at det vil føre til en endring i situasjonen.
- 2. Selvmord som reaksjon på utholdelig psykisk smerte.** Personen søker å fri seg fra utholdelig psykisk smerte. Årsaken til smerten kan være depresjon, skam, skyld, lengsel eller kroppslige forandringer. Smerteopplevelsen må forstås individuelt.
- 3. Selvmord som frustrasjon over utilfredsstilte psykiske behov.** Handler om nedsatt selvfølelse, tilhørighet, trygghet, kjærlighet og omsorg.
- 4. Hjelpeløshet og håpløsheter sentrale følelser i den psykiske smerten.** Vedkommende har lav toleranse for smerte. Den selvmordsnære føler seg hjelpeløs i å finne løsninger og vurderer fremtiden som håpløs.
- 5. Ambivalens.** Selvmordshandlinger er ofte preget av at man både vil, og ikke vil avslutte livet.

6. **Tunnelsyn.** Den selvmordsnære sine tanker og følelser er innsnevret. Tankene er preget av enten-eller tenkning, svart-hvitt, liv eller død.
7. **De fleste selvmord varsles.** De fleste selvmordsnære varsler på en eller annen måte omgivelsene om handlingen før de utfører den. Problemet er at det kan være vanskelig å fange opp, fordi signalene ofte kommer indirekte.

Disse punktene illustrerer hvordan den selvmordsnære går igjennom en prosess med forskjellige faser i forhold til overveielse, ambivalens, beslutningstaking, forberedelser og sette planen i verk. Den indre samtalen er preget av ytre påvirkning slik Schneidman (1985) beskriver:

The communication of suicidal intention is not always a cry for help. First, it is not always a cry: It can be a shout of murmur or the loud communication of unspoken silences. And it is not always for help: it can be autonomy or inviolacy or any of a number of needs. Nonetheless, in most cases of suicide, the common penultimate act is some interpersonal communicative related to that intended final act (side 144).

Denne oppsummeringen forteller om en prosess som kan vare lenge. Den er en ensom prosess med mange avveininger. Ut fra beskrivelsen ser selvmordsprosessen ut til å foregå som en dialog både i, og mellom mennesker. Slik sett kan denne prosessen forstås som en måte å kommunisere med seg selv og omverden på.

2.1.3 Risikofaktorer for selvmord

I forskningen om selvmord blir begrepet «*risikofaktorer*» brukt om betydningen for å forstå hva som ligger bak selvmordet. Psykiske lidelser er vanligvis forbundet med høy selvmordsfare, men lidelsen selv er ofte ikke årsaken til at folk tar livet av seg. (Rettestøl et.al 2002).

Ifølge Walby, Myre og Kildahl, (2018) sin registerstudie viser at affektive lidelser og uspesifikke lidelser dominerer over halvparten av hoveddiagnosene for datamaterialet. De som hadde hatt direkte kontakt med psykisk helsevern for voksne før dødsfallet utgjorde 79,3 % (1515 mennesker) av de som døde i selvmord under eller innen ett år etter kontakt med spesialisthelsetjenesten for psykisk helse og rus i perioden 2008- 2015. I Hunt-undersøkelsen fra 2006, er depresjon den vanligste diagnosen blant personer i kontakt med psykisk helsevern før selvmord. Rapporten avdekker at pasienter i spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus er en sentral risikogruppe. Foruten psykisk lidelse så regnes også tidligere selvmordsforsøk eller forsøk på å skade seg selv som en betydelig risikofaktor. Tidligere planer, tanker og selvmordsforsøk øker risikoen på sikt.

Brudd i relasjoner eller utskrivelse fra avdeling kan forstås som en avvisning, og kan lede til tanker om å ta livet av seg. Tidlige traumer, som seksuelle, fysiske og psykiske overgrep og mishandling har også vist å ha betydning for utvikling av selvmordsatferd senere i livet. Omveltninger i livet som mobbing, dødsfall og arbeidsledighet kan være store påkjenninger som også har betydning for selvmordsrisiko (Mehlum & Sjøbu, 1999). Selvmord i familie eller vennekrets kan føre til flere selvmordsforsøk og økte selvmordstanker. Dette gjelder særlig blant unge mennesker ifølge Swanson and Colman (2013). Tap av aktelse og æreskrenkelse, for eksempel negativ omtale gjennom media, sosiale media og manglende nettverk kan føre til økt risiko for selvmord. Vatne og Nåden (2018) dybdeintervjuet personer som har overlevd selvmord. Studien beskriver opplevelser av skam over ikke å mestre livet. Tap av rolle i arbeidsliv og familieliv, kan utløse følelse av verdiløshet, og selvmord trer frem som en normal reaksjon på en uutholdelig livssituasjon.

Rusmiddelavhengighet senker terskelen for impulsive handlinger og reduserer den kognitive kapasiteten til å finne andre løsninger. Tidligere overdoser kan være et tegn på selvmordsforsøk (Rettesdøl, Ekeberg og Mehlum, 2002). Rusmisbruk bringer mennesker opp

i vanskelige situasjoner som gjerne forverrer livsproblemene. Videre kan følelsen av håpløshet, sorg, synet på livet og evne til problemløsning medvirke til at selvmord virker som den eneste løsningen (Mehlum & Sjøbu, 1999). Det som gjenspeiler denne oppsummeringen, er opplevelsen av tap. Tap av anseelse og ære, tap av verdighet, tap av inntekt og tap av rolle. Betydningen av tapet vil spille av avgjørende rolle i forhold til risiko for selvmord. Det finnes mange risikofaktorer for selvmord, men det er sjelden det er en faktor alene som avgjør om noen velger å ta livet sitt. Personer som har tanker om selvmord har som regel flere belastninger sammen med fravær av støtte fra familie, partner eller andre nære personer. Summen av dette kan bidra til at den selvmordsnære tar en feilvurdering og vurderer selvmord som den eneste løsningen (Rettestøl, m.fl.2002). Dette gjenspeiler det faktum at selvmord er vanskelig å forutse.

En måte å differensiere risikofaktorer på, er å dele de opp i to grupper. Den første gruppen er demografiske/statistiske risikofaktorer som kjønn, etnisitet, alder og sosial klasse. Dette omfatter relativt konstante forhold. Den andre kategorien omfatter individuelle forhold som kan endre seg, noen ganger til dels raskt, som lidelsesuttrykk, angst og depressivt tankeinnhold. Dette forklarer at de kliniske, individuelle faktorene står mer i direkte sammenheng med selvmord, mens de statistiske forholdene representerer selvmords-tendens som markører. (Larsen, 2011). De kliniske risikofaktorene er således viktigere å kartlegge enn de demografiske. Å basere en risikovurdering ut fra statistikk kan føre til feilslutninger når det kommer til å forstå behovene til enkeltindivider. Dette belyses av Meehl (1954) i den «Plagsomme lille bok», som han selv kalte den. Boken tar utgangspunkt i å la de statistiske opplysningene ligge til grunn for å bygge videre på det kliniske arbeidet med de selvmordsnære. I stedet ble forståelsen av statistikk et hinder for klinikerne fra å gå inn i enkeltindividets historie om selvmord.

Risikofaktorene for selvmord gir lav treffsikkerhet på individnivå. Dette viser Pokorny (1993). Studien tar for seg journalene til 4800 pasienter ved Houston Veterans Administrations Hospital. Denne pasientgruppen hadde spesiell høy selvmordsrate på 279 pr 100 000. Ved hjelp av risikofaktorer klarte Pokorny å identifisere 35 av 63 personer som tok livet av seg. Dersom Pokornys analyse skulle brukes til å forhindre selvmord, måtte tiltak settes i verk overfor til sammen 1241 personer for å fange opp de 35 potensielle selvmorderne. Dette vil være krevende og det belyser utfordringene med å sette inn selvmordsforebyggende tiltak basert på risikovurderinger.

2.2 Sammenhengen mellom rus og selvmord

I følge Walby, Myre & Kildahl (2018) har nær halvparten av de som dør i selvmord i Norge vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten for psykisk helse og rus i løpet av siste leveår. Rapporten viser rent konkret at i perioden 2008- 2015 hadde 237 personer vært i kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling før de døde i selvmord. Tallene utgjør 12,4 % av det totale tallmaterialet på 1515 som hadde vært i kontakt med spesialisthelsetjenestene innenfor psykisk helse og rus.

Rettestøl m.fl. (2002) mener det er klare og naturlige sammenhenger mellom selvmord og rusavhengighet. Avhengighet til psykoaktive stoffer og rusing, bringer mennesker opp i vanskelige situasjoner. Mange har hatt ulike opplevelser av tap som kan ha ledet til rusing og rusingen selv gir nye tap. Som tidligere nevnt, reduserer rusmidler den psykologiske fleksibiliteten og kognitive kapasiteten, slik at muligheten til å finne håndterlige løsninger reduseres.

Rusmiddelavhengige opplever ofte psykiske og fysiske lidelser i kombinasjon med alkoholmisbruket. Tilfeller med lidelser/ sykdommer som depresjon, angst, personlighetsforstyrrelser, hjerte –og lungelidelser, diabetes, kreft og generelle nevrologiske

lidelser er overrepresentert i denne gruppen (Rettestøl, Ekeberg, Mehlum, 2002). Det er naturlig å tenke at slik tilleggsproblematikk kan øke det psykiske smertetrykket, som igjen kan føre til tanker om å dø.

I følge (Wilcox m.fl., 2004) er forekomsten av rusmiddelproblemer, og i første rekke alkoholproblemer høy hos personer som tar sitt eget liv eller som har forsøkt.

Rusmiddelmisbrukere har ofte relasjonelle, økonomiske og sosiale problemer. Alkohol fremmer depressive tanker og mestringssevnen blir dårligere. Mange personer med rusmiddelproblemer har en eller flere ganger tatt overdose med hensikt om å dø (Gjersing m.fl.,2011) Og man finner alkohol påviselig i blod for 30-40% av de som har tatt livet sitt (Hovda mfl., 2008). Av 246 narkotikarelaterte dødsfall i 2012 ble 29 av disse registrert som selvmord (Gjersing m.fl., 2011). Dette anses som minimumstall, fordi registrering av selvmord forutsetter klare indikasjoner for eksempel et selvmordsbrev. Det kan dermed være vanskelig å skille selvmord fra dødelige ulykker. Å ruse seg, er av mange omtalt som det «langsomme selvmord» (Rettestøl, Ekeberg, Mehlum, 2002). Dette forteller om hvor utsatte rusavhengige er for å miste livet.

2.2.1 Rusens funksjon

Rusen kan fylle mange psykologiske og eksistensielle funksjoner for mennesker. Rusmidlene virker inn på det naturlige belønningssystemet vårt (Føyn & Shayani, 2010), og den gir umiddelbare effekter. Rusen er et potent middel, og rusmekanismen oppleves som behagelig og er med på å motivere til gjentakelse av atferd. Rus kan bestå av mange ulike rusmidler, men i denne fremstillingen referer jeg hovedsakelig til alkohol, som er det mest vanlige rusmidlet. Rusen kan gi en time-out, eufori og et fellesskap. Rusen har betydning i sosiale og rituelle sammenhenger og den som ruser seg gis mulighet til å slippe hemninger (Lossius, 2011). Dette forklarer hvorfor store deler av den voksne befolkninger drikker alkohol.

Videre kan rusen bidra til å skape en emosjonell nærhet, eller en følelsesmessig distanse. Den kan hjelpe vedkommende til å holde ut i vanskelige situasjoner. Rusen kan også frata ansvar, ved å gi fylla skylla. Rus reduserer angst, psykisk og fysisk smerte, virke søvnfremmende, fylle et tomrom og begrense følelser av kaos (Lossius, 2011). Det er rusens umiddelbare effekter og forklarer hvorfor mange bruker alkohol. Rusen gir en kortsiktig flukt fra virkeligheten.

Rusen positive effekter bidrar til å hjelpe den selvmordsnære i å holde ut sine vanskelige tanker og aktivere en overlevelsesmodus. (Lossius, 2011). Rusen hjelper den selvmordsnære til å dempe det indre psykiske stresset og til å få den nødvendige distansen til de vanskelige tankene. En forklaring på hvorfor rusingen opprettholdes, er å forstå hvilke *følelser* som ligger bak atferden. Traumefeltet blir i større grad invitert til rusfeltet, for å se på overlappende og en mer utfyllende forståelse av hva som kan ligge bak folks behov for å ruse seg. Begrepet *Toleransevinduet* referer til det spennet av aktivering som er optimalt for et individ (Siegel, 2012) Det er i den sonen mennesker lærer mest, og er oppmerksomt til stede i situasjoner og relasjoner. Over toleransegrensen er man over-aktivert, der den typiske tilstanden er flykt -eller kjemp- respons, som vil være lik et angstsymptom. Befinner vedkommende seg under toleransevinduet er man i en hypo-aktivert tilstand, der typiske tilstander er frys-modus, som typisk preger deprimerte eller traumeutsatte. Modellen kan kaste lys over mekanismer og mønstre hos personer med vansker i følelsesreguleringen som medfører selvdestruerende atferd. I denne forståelsen blir rus en mekanisme for å hjelpe seg selv inn i toleransevinduet, enten ved å dempe seg fra over-aktivering eller å øke aktivering fra underaktivering.

Alkohol påvirker sentralnervesystemet, og virkningen vil være avhengig av konsentrasjon i blodet. Den generelle virkningen av alkohol, er at den hever stemningsleiet, reduserer konsentrasjonen, hemmer korttidshukommelsen, nedsetter evnen til læring, sløver

den kritiske sansen og øker impulsivitet og aggressivitet. Stort inntak av alkohol kan øke sjansen for høyt blodtrykk, hjerneslag, kreft og leversykdom. Alkohol påvirker hormondannelse og foster i magen (Mørland, 2003). Dette viser at alkohol er et rusmiddel som er potensielt skadelig og dødbringende i seg selv.

Å ruse seg langvarig kan føre til negative effekter for den enkelte og personer som står rundt. Problematisk rusing berører nær familie, barn, venner og kollegaer. For å beskytte seg mot rusens virkninger, vil mange pårørende sette grenser i forhold til kontakt. Dette kan oppleves som avvísninger av den rusavhengige. Krenkelser og nedsatt evne til å tolke den andres behov, gjør den rusavhengige ytterligere sårbare (Rettestøl, Ekeberg, Mehlum, 2002). Langtidseffektene ved bruk av rus kan komplisere og kamuflere hva vedkommende strever med. Rusen forsterker allerede oppståtte problemer, og rus kan utløse nye problemer. (Lossius, 2011). På grunn av toleranseutvikling og abstinensreaksjoner, forsterkes rusproblemet gjennom selvmedisinering. Slik oppstår en negativ sirkel, der dødstanker kan melde seg. For folk flest er det langt mellom tanke og handling, men for den rusavhengige kan den være kortere, på grunn av nedsatt dømmekraft og bremsmekanismer. Rusen kan dermed bidra til å sette den selvmordsnære i ytterligere fare. På samme måte rus, kan selvmord oppleves som en pause fra livsbelastningene.

Rusens funksjon kan dermed være både beskyttende mot de selvdestruktive tankene, fordi rusen hjelper den selvmordsnære i å holde ut sin psykiske smerte. På den annen side kan rusbruk føre den selvmordsnære nærmere handling på grunn av impulsivitet og nedsatt vurderingsevne.

2.2.2 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er en spesialisthelsetjeneste som ble opprettet i 2004 som følge av rusreformen. TSB omfatter tilbud om døgnbehandling, dagbehandling,

poliklinisk behandling og ambulante tjenester, avrusing og ambulante tjenester. TSB er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven og pasientens rettigheter går frem av pasientrettighetsloven (Helsedirektoratet, 2017). Rusbehandling innebærer å styrke og støtte ønsket og evnen til å leve et liv uten avhengighet til rusmidler. Rusbehandling består gjerne av flere elementer som det jobbes med parallelt. Dette kan innebære kontroll over inntaket, som avrusing, bearbeiding av skyld, skam og mestring, utredning av underliggende problematikk og opplæring av å mestre rusproblemet. (Kunøe, 2018). Pasienter i TSB fyller i hovedsak diagnosekriteriene for ulike typer rusdiagnoser i den internasjonale klassifiseringen av diagnoser (ICD- 10). Ifølge Folkehelse rapporten (Folkehelseinstituttet, 2018) er alkoholavhengighet og skadelig bruk av alkohol de hyppigste rusbrukslidelsene i Norge.

2.2.3 Rusterapeuter

Denne studien vil gjøre rede for hvordan terapeuter ansatt i TSB anvender kunnskap fra kurset Førstehjelp ved selvmordsfare. Ordet terapeut kommer fra det greske ordet «therapeutes» og er en person som tjener eller pleier noen. En terapeut er en som driver med terapi, og kan også omtales som en behandler. Terapi er en samlebetegnelse for all type behandling, enten den er medisinsk, psykologisk, fysikalsk eller naturmedisinsk (Store medisinske leksikon, 2018). En rusterapeut er i denne studien en ansatt innen TSB. Informantene omtales i denne studien som rusterapeut, hjelper eller helsepersonell. De har ulike funksjoner og ulik sosial eller helsefaglig bakgrunn.

2.3 Selvmordsforebygging innen Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Tall fra Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging viser at 4-6000 personer behandles årlig i helsevesenet for selvmordsforsøk. Som tidligere nevnt, døde 237 personer i selvmord i forbindelse med kontakt i TSB i perioden 2009- 2015 (Walby et.al 2018). De

nasjonale retningslinjene for selvmordsforebygging i psykisk helsevern (2008) sine hovedmålsettinger er å standardisere og kvalitetssikre behandlingstilbudet. De skal bidra til å redusere antall selvmordsforsøk blant pasienter i psykisk helsevern. De nasjonale retningslinjene skal bidra til å styrke tilbudet om oppfølging og ivaretagelse av pårørende og pasienter med selvmordsproblematikk og etterlatte ved selvmord samt gjøre helsepersonell som har kontakt med selvmordsnære personer kompetente, effektive og trygge i å håndtere selvmordsrisiko. Retningslinjene innebærer å kartlegge og vurdere selvmordsrisiko. Enheten er anbefalt å ha nødvendige kvalifikasjoner og må sørge for at nyansatte får nødvendig opplæring til de oppgavene de settes til å utføre. De faglige retningslinjene peker på tidlig avdekking og behandling av psykiske lidelser. Videre anbefaler og krever de faglige retningslinjene at døgneheter skal sikre avdelingen slik at den ikke utgjør risiko for skade, herunder observasjon og vurdering av permisjon og utgang. Pasienter som har vært innlagt i psykisk helsevern har en forhøyet risiko, og anbefalingene og de rettslige kravene krever en tydeliggjøring av hvem vedkommende kan kontakte ved kriser, avtale i hånda, epikrise ved utskrivning og bruk av ambulante team. Kronisk suicidale bør utredes nøye, og det bør lages en langsiktig plan. Videre peker de nasjonale faglige retningslinjene på at personell som jobber spesielt med denne pasientgruppen har behov for særskilt opplæring og veiledning. Pårørende og etterlatte har rett til å medvirke, gi opplysninger, få støtte og tilbud om bearbeiding, rask og korrekt informasjon, samt informasjon om oppfølging og videre rettigheter. Helsedirektoratet har utarbeidet prosedyrer som kan være til hjelp i det kliniske arbeidet.

2.3.1 Kurset *Førstehjelp ved selvmordsfare*

Kurset *Førstehjelp ved selvmordsfare*, utdanner livreddere som kan øke muligheten til å forstå signalene og yte førstehjelp (Vivat, 2016). Kompetanseheving er et viktig element i

selvmordsforebygging. Man kan se på førstehjelp ved selvmordsfare på lik linje med hjerte og lungeredning. Ordet *førstehjelp* forbindes med livreddende førstehjelp. Førstehjelp er den første hjelpen alle kan gi ved akutt skade eller sykdom. Formålet med førstehjelp er å hindre forverring av den eksisterende skaden og holde den skadde i live frem til vedkommende får kyndig videre hjelp. Førstehjelp er ikke det samme som medisinsk hjelp, og har ikke som primært formål å kurere skader (Kindersly, 2009). Ved hjerte og lungeredning handler det alltid om livstruende situasjoner. Andre ganger kan det dreie seg om sterke psykiske smerter som kan utgjøre en risiko for liv.

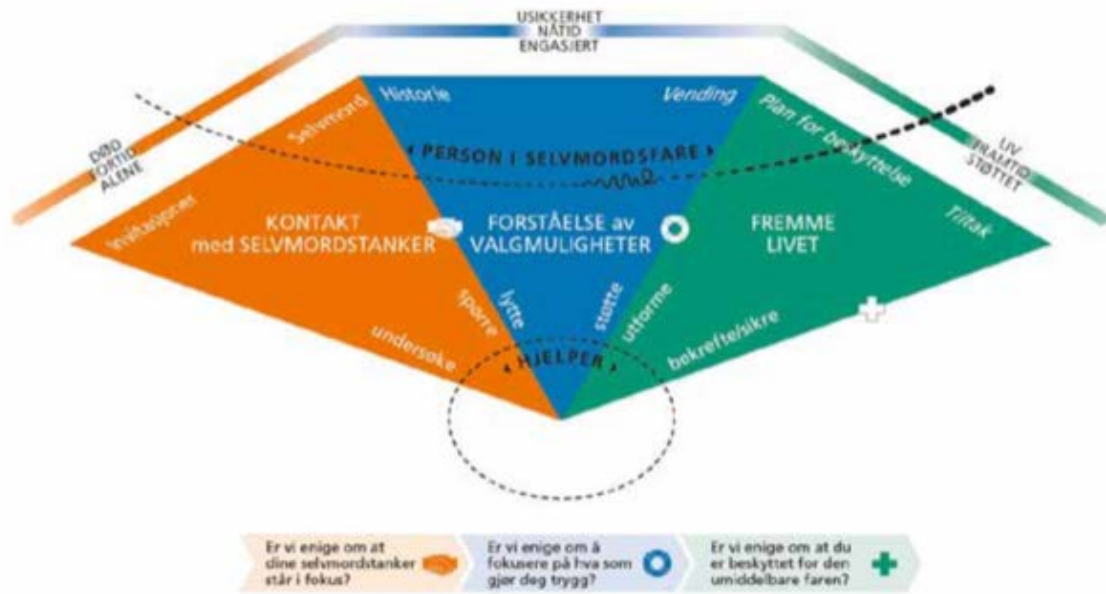
Noen selvmordshandlinger er så alvorlige at det foreligger fare for liv. Tidlig identifisering av selvmordstanker gir i begge tilfeller mulighet til tidlig intervensjon og kan forebygge skade og død. Det er viktig å ha riktig kompetanse når en alvorlig situasjon oppstår, inntil andre fagpersoner med høyere kompetanse kan overta. Forutsetningen for at førstehjelp skal kunne fungere er at det finnes hjelpere som er lett tilgjengelig når de står overfor personer i fare for selvmord.

Kurset *Førstehjelp ved selvmordsfare* går over 2 dager, og er manualbasert (Vivat, 2016). Målet med kurset er å øke deltakernes ferdigheter i å hjelpe en person i selvmordsfare til å holde seg trygg her og nå. *Førstehjelp ved selvmordsfare* har som mål å berge liv når selvmordsfaren er akutt. Andre ganger kan det hjelpe mot en intens psykisk smerte som enda ikke er livstruende (Silvola mfl. 2003). Denne kompetansen krever relasjonelle ferdigheter og den skjer ved hjelp av kommunikasjon, ikke fysisk handling. Førstehjelp ved selvmordsfare handler om samhandling, relasjon og interaksjon. Interaksjonen mellom hjelperen og personen med selvmordstanker bidrar til å hjelpe den selvmordsnære til å bevege seg fra å tenke på selvmord som den eneste løsning, til et ønske om «trygg, her og nå». (Vivat, 2016). Interaksjonen krever at førstehjelperen griper inn. Å intervensjon kommer av det latinske ordet å «komme imellom» (Forebygging.no, 2019). Intervensjon betyr det å gripe inn så fort som

mulig når man er bekymret for et annet menneske. Det handler om å identifisere og starte håndtering av et (helse)problem så tidlig som mulig, slik at problemet reduseres eller forsvinner. Førstehjelperen intervensjoner for å forhindre selvmordshandlingen. Kurset bygger på og er strukturert etter fire hoveddeler:

1. *Holdningsdelen:* Kurset starter med å gi deltakerne mulighet til å bli kjent med egne reaksjoner, følelser og holdninger rundt selvmord. Ikke-bevisste, negative og stigmatiserende holdninger kan stå i veien for å gi god hjelp, selv om man inntar en omsorgsfull tilnærming til selvmordsforebygging (Ramsey, 2004).
2. *Forståelsesdelen:* I forståelsesdelen får deltakerne hjelp til å forstå hva en person i selvmordsfare trenger av sine hjelpere for å bli i stand til å velge livet.
3. *Intervensjonsdelen:* I denne delen får deltakerne presentert en modell for førstehjelp. Modellen er bygget opp av tre faser, som forteller hvilke behov den selvmordsnære har og hva førstehjelperen kan gjøre for å imøtekomme disse behovene.
4. *Nettverksdelen:* Kurset har som mål å bidra til et samfunn som er mer beskyttet mot selvmord. Denne delen ser man på hvilke ressurser som finnes rundt den selvmordsnære som kan samarbeide og bygge nettverk for å beskytte den selvmordsnære.

Modellen for intervensjon ved førstehjelp har tre faser, som er Kontakt med selvmordstanker, Forståelse av valgmuligheter og Fremme livet-fase. Gjennom øvelser i plenum og i små grupper får deltakerne mange muligheter på å trene på å bruke førstehjelpsmodellen.



Illustrasjon: Hjelpeskort som illustrerer førstehjelpsmodellen (Vivat, 2016).

Kurset legges opp rundt forelesinger, filmer, diskusjoner, erfaringsutveksling, praktiske øvelser og utforskning av holdninger. Læringsmålene for kurset er at hjelperen skal bli mer lydhør overfor personer i selvmordsfare. Deltakerne lærer seg å stille direkte spørsmål, til å snakke om dødstankene, vurdere risiko for selvmord og deretter iverksette en plan hvor målet er å berge liv ved å samarbeide med lokale ressurser. Deltakerne jobber prosessorientert i smågrupper (Vivat, 2016). Kurset har som mål å øke den enkelte deltakers beredskap med tanke på å føle seg mer forberedt, villig og i stand til å møte mennesker med selvmordstanker (VIVAT, 2016).

2.4 Forskerens forforståelse

Ifølge Malterud (2017) er forskerens forforståelse det som vi tar med oss inn i forskningsprosessen før vi starter prosjektet. Som en sekk med kunnskap, livsanskuelser egne hypoteser osv. Innholdet i sekken vil prege forskerens måte å samle inn og lese data på.

Mitt engasjement for selvmordsforebygging startet ved deltakelse på kurslederkurset i 2007. Jeg er psykiatrisk sykepleier med arbeidserfaring fra psykiatri, kommunehelsetjeneste og rusbehandling. Jeg ble anbefalt å ta kurslederkurset som et ledd i institusjonens behov for kompetanse. Kurset var på dette tidspunktet helt ukjent for meg. Jeg hadde noe erfaring med å snakke om selvmord i jobbsammenheng, men kunnskapen var minimal. Jeg opplevde at temaet var til dels skremmende og jeg følte meg utrygg. Kurslederkurset var intensivt og arbeidskrevende, men samtidig lærerikt og nyttig. Gjennom kurslederkurset og kurs som jeg selv senere har holdt, vekket min begeistring og engasjement.

Min forforståelse når det gjelder tema, er den erfaring og kunnskap jeg har med å holde kurs og kursdeltakernes tilbakemeldinger etter kurset. Kursdeltakere evaluerer kurset gjennomgående godt. Det er flott å høre at kursdeltakerne kjenner sterke mestringsfølelser, og at kurset har bidratt til nyttig lærdom. For egen del, vekker slike tilbakemeldinger begeistring over hva kurset har bidratt til.

Det kan være mange faktorer som spiller inn i forhold til gode kurstillbakemeldinger. Denne studien handler ikke om selve kurset, eller om meg som kursholder, men om hvordan deltakerne anvender kunnskap fra kurset i praksis. Jeg er nysgjerrig på om kunnskap fra kurset bærer seg i deltakernes praksis og hverdag.

Ofte blir det sett som er fordel at forskeren kommer utenfra feltet, da en er helt fri fra bindinger og hensyn til det feltet som skal undersøkes. Ved å komme utenfra vil forskeren møte feltet med et mer åpent blikk og med en distanse til tematikken. Distanse blir ofte fremhevet som en viktig metodisk fordel (Dalland, 2012). Samtidig hevder Patton (2002) at distanse ikke nødvendigvis garanterer objektivitet, det garanterer kun avstand. I forskningsfeltet må vi innrette oss etter det vi skal undersøke og utnytte de fortrinn det gir. På samme måte må den som kommer utenfra redegjøre for de begrensingene det innebærer å komme utenfra. Min motivasjon og interesse for temaet har sitt utspring fra mine egne

opplevelser. Mitt inntrykk og erfaring er at det fortsatt er for lite kunnskap og praksis rundt det å snakke om selvmord.

2.5 Avgrensninger

Mitt faglige ståsted er forankret i psykologisk suicidologisk perspektiv der selvmordsatferd forstås som en reaksjon på et stort indre og ytre press hvor selvmord oppfattes som den eneste veien ut av en uløselig krisesituasjon (jfr., Schneidmans 1985). Denne forståelsen er uavhengig om den avdøde hadde en psykisk lidelse eller ikke.

Studien beskriver ansatte i rusbehandling sine praksiserfaringer med bruk av kunnskap fra kurset Førstehjelp ved selvmordsfare. Deltakerne er rekruttert fra ulike behandlingstiltak innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, som har gjort seg erfaringer blant pasienter som har hatt selvmordstanker. Studien beskriver behandlererfaringer knyttet til ulike typer rus, som avhengighet til alkohol, spill, legemidler, ulike narkotiske og andre rusgivende stoffer.

Kurset *førstehjelp til selvmordsfare*, ligner på et såkalt «gatekeeper program». John Snyder (1971) har definert såkalte «gatekeepers/portvakt» som sentrale personer som den som har problemer kan henvende seg til. Det er i dag vanlig å definere en gatekeeper som en som er trent til å oppdage og som har handlingskompetanse/evner å intervensere i faktiske situasjoner med selvmordsrisiko (Turley & Tanney, 1998). Begrepet gatekeeper brukes i mange sammenhenger som veileder, koordinator og kontrollør. I samfunnsforskningen er begrepet tatt i bruk som en vokter av velferdsgoder (Stone, 1979). En gatekeeper er en yrkesrolle som er gitt en spesiell bedømmelsesmyndighet i forhold til den som ber om hjelp. Målet med gatekeeperprogrammer er å spre kunnskap og handlingskompetanse ut i befolkningen. Dette vil bidra til at mange flere oppdager symptomer på selvmordsatferd, intervenserer og gir vedkommende hjelp og behandling (Barnes, Ikeda & Kresnow, 2001). Det

finnes ulike typer Gatekeeper-programmer innen selvmordsforebygging. De er populære, men forskning viser at de ikke er like effektive (Isaac m.fl 2009).

Kurset *Førstehjelp ved selvmordsfare*, skiller seg på et vesentlig punkt fra andre Gatekeeperprogrammer. Slike programmer er ofte lineære, i en 3-steps prosess med å identifisere, intervenere og sette i kontakt med psykisk helsevern, resulterer ikke ASIST nødvendigvis til kontakt med det offentlige helsevesenet. ASIST har som mål å finne den løsningen som er best for den selvmordsnære. ASIST fokuserer mer på alliansen mellom hjelperen og den selvmordsnære, som kan føre til redusert selvmordsrisiko og til at vedkommende får kontakt med et variert utvalg av lokale ressurser, og om nødvendig offentlige helsetjenester (Rodgers, 2010). Denne studien vil ikke omhandle gatekeeperprogrammer generelt, men jeg har valgt å inkludere forskning som omhandler evaluering av gatekeeper-programmer, der ASIST er beskrevet for å besvare problemstillingen.

3. METODE

Metode kommer av det greske ordet Methodos, som betyr å følge en bestemt plan mot et mål. Halvorsen (1993) hevder at det å bruke ulike metoder lettere kan oppdage årsaken, interesser og meninger som ligger bak handlingen og betydningen av gruppers meninger. Metode gir retningslinjer for hvordan undersøkelser skal gjennomføres og den tvinger forskeren gjennom forskjellige faser. Metoden har som mål å samle inn, organisere, bearbeide, analysere og tolke data slik at det er lett for andre å forstå hvordan forskeren har gått fram og kommet til resultatet.

Innenfor samfunnsvitenskapen går hovedskillene mellom kvantitative og kvalitative metoder. Den kvantitative metoden uttrykkes i tall og målbare data som rene tellinger eller

survey undersøkelser. Denne studien faller inn under den kvalitative forskningsmetoden. Gjennom å bruke kvalitative metoder får vi vite mer om nettopp menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Forskeren kan spørre etter mening, betydning og nyanser av hendelser og atferd, som kan bidra til å styrke den forståelsen av hvorfor mennesker gjør som de gjør. Videre egner kvalitative tilnæringer seg godt når man skal utforske prosesser mellom mennesker (Malterud, 2017). Kvalitativ forskning går ut på å samle data hvor hensikten er å undersøke et fenomen og skape ny kunnskap. I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for hvordan jeg har gått frem for å frembringe informasjon og data som kan si noe om problemstillingen.

Hensikten med denne studien er å få vite mer om ansatte i rusbehandling sine praktiske erfaringer med kurset Førstehjelp ved selvmordsfare. Og oppgavens problemstilling lyder: *«Hvilke erfaringer har rusterapeuter gjort seg ved bruk av kunnskap fra kurset Førstehjelp ved selvmordsfare?»* For å få svar på denne problemstillingen, laget jeg meg noen foreløpige forskningsspørsmål: *«Hvilke inntrykk sitter du igjen med etter kurset?»*, *«Hvordan bruker du kunnskap fra kurset?»* Formålet var å få økt forståelse og innsikt i problemstillingen. Data er samlet inn gjennom fokusgruppeintervju og ett dybdeintervju og er analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering.

3.1 Forskningsdesign

Med design forstås den plan eller den skisse som forfatteren legger opp til for å få svar på sine forskningsspørsmål. Tema, problemstilling, datainnsamlingsmetode, forskerens erfaring, interesse og kunnskap og øvrig forforståelse om temaet som det forskes på, har innvirkning på valg av metode og forskningsdesign (Ringdal, 2012). Til min kvalitative problemstilling, med fokus på hjelperens opplevelse, faller det seg naturlig å velge en deskriptiv tilnærming. Den deskriptive tilnærmingen betyr å utforske og beskrive

informantenes opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger og hvordan de reflekterer over dette (Tjora, 2010). Målet er å få innsikt i informantenes livsverden, altså levende kunnskap slik den ser ut for den som snakker (Malterud, 2017). Det understrekes at intervjuene er knyttet til informantens subjektive mening. Når vi tolker hva som blir sagt, må ytringen sees i lys av den konteksten det forekommer innenfor.

3.2 Evaluering

I tillegg til å beskrive, forstå og analysere ulike fenomener, ønsker jeg å benytte evaluering som en metode for å synliggjøre om kurset Førstehjelp ved selvmordsfare har hatt ønsket effekt. I dagligtale benyttes begrepet evaluering synonymt med å vurdere, anslå eller karaktersette en aktivitet eller en innsats, og i forskningsøyemed utføres dette systematisk og metodisk (Sverdrup, 2014).

Responsiv evaluering er et perspektiv som setter søkelys på virkninger i etterkant av et tiltak som er gjennomført. Responsive evalueringer er basert på informantenes språk, kontekst og deres vurderinger (Sverdrup, 2014). Responsiv evaluering innebærer at en lytter til og forsøker å forstå de problemstillingene som er sentrale for de som er inkludert i denne studien. Responsive evalueringer beskrives mer som en tilnæringsmåte enn en evalueringsmodell, hvor man mer opptatt av aktivitetene, mangfoldet og det spesielle ved programmet som er satt i verk (Sverdrup, 2014). På den måten kan en slik type evaluering bidra til å se om kurset Førstehjelp ved selvmordsfare har ført til endring og utvikling for informantene. Responsiv evaluering er rettet mot å finne ut hvilke verdier, fordeler og betydninger et program har, herunder kurset Førstehjelp ved selvmordsfare, men den er også opptatt av å sette fingeren på eventuelle svakheter som hemmer endring og utvikling (Sverdrup, 2014). Jeg hadde på forhånd en hypotese om at informantene sannsynligvis hadde forskjellige vurderinger og oppfatninger om kurset og hvordan det virket i praksis. Denne

type evaluering vil egne seg godt til å avdekke disse verdiene og oppfatningene. Min rolle vil være å beskrive og synliggjøre de ulike dimensjonene som trer frem.

3.3 Vitenskapsteoretisk tilnærming

I denne studien er jeg ute etter å finne subjektive erfaringer ved bruk av kunnskap fra kurset førstehjelp ved selvmord. Undersøkelsesfeltet er tidligere kursdeltakere som jobber i ulike avdelinger innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. For å forsøke å hente inn informantenes egne opplevelser og erfaringer, tar jeg utgangspunkt i et fenomenologisk perspektiv (Malterud, 2017). Edmund Husserl var en av grunnleggerne av fenomenologien innenfor kvalitativ forskning. Han var opptatt av hvordan mennesker ser sin verden, den såkalte livsverden, og baserte sin fenomenologiske tenkning på dette. Det er egne opplevelser og erfaringer av fenomenet og virkeligheten som er sentralt og hva som legges til erfaringen (Kaiser, 2000). Forskeren skal dermed være lojal til deres opplevelser og deres verden. I en fenomenologisk tilnærming skal man finne en felles mening og opplevelse av et fenomen mellom mennesker. Fokuset er å beskrive hva deres felles opplevelse er og redusere det ned i tema som kan omskrives til et universelt språk (Creswell, 2013). Forskeren sin oppgave er å samle inn data, finne tema hos informantene og beskrive dette. Objektivitet blir i denne konteksten et uttrykk for troskap til de undersøkte fenomenene, (Kvale og Brinkmann, 2012). Videre beskriver Malterud (2017) at man som forsker må ha et reflektert forhold til egen innflytelse på materialet, for på best mulig måte gjenfortelle deltakernes erfaringer og meningsinnhold uten å trekke inn egen tolkning som fasit.

Fenomenologer er typisk interessert i å illustrere hvordan mennesker erfarer fenomener i livsverden (Kvale & Brinkmann, 2012). Antagelsen er bygget på realiteten slik folk oppfatter at den er og hvilken mening personer tillegger sine opplevelser av et fenomen.

Fenomenologisk forskning forsøker å beskrive felles trekk som deltakerne i studien har gitt uttrykk for og som kan gi uttrykk for en generell forståelse av fenomenet (Cresswell, 2013). Denne oppgaven støtter seg til dette synet og tilstreber å redusere egen påvirkning av forskningsmaterialet. Målet er å sammenfatte kunnskap som er lojal mot informantenes erfaringer og uttrykk.

3.4 Datainnsamling

I følge Thagaard (2018) er metoden for datainnsamling man benytter avgjørende for om forskningen klarer å besvare problemstillingen. Det som kjennetegner de kvalitative metoder er at undersøkelsene er basert på intervju (Malterud, 2017). Hensikten er å samle kvalitative data om informantenes beskrivelser om problemstillingen.

Metoden er fokusgruppeintervju. I dette kapittelet vil jeg beskrive hvordan jeg gikk frem for å velge et hensiktsmessig utvalg og rekruttering til fokusgruppen. Videre kommer beskrivelser om intervjustruktur, gjennomføring av intervjuene, dokumentasjon og transkribering. Til slutt vil jeg gjøre rede for hvordan jeg analyserte data og hvordan jeg har forholdt meg til etiske problemstillinger og troverdighet opp imot forskning.

3.4.1 Utvalg og rekruttering

Jeg har gjort et representativt utvalg av informanter og har sett etter informanter med egenskaper eller kvalifikasjoner som gjør dem særlig aktuelle for problemstillingen (Malterud, 2017). Utvalget er gjort blant tidligere deltakere i kurset Førstehjelp ved selvmordsfare og som har gjort seg erfaringer med bruk av kurskunnskap i sin praksis i rusfeltet. For å sikre god informasjon var det viktig at kunnskapen var fersk. Utvalget bestod av 14 deltakere, som fordelte seg i grupper bestående av 6, 3 og 5 deltakere.

Kjønnsfordelingen i datagrunnlaget består av 4 menn og 10 kvinner. Første fokusgruppe ble

holdt i mai 2018 og, andre gruppe i juni og den tredje gruppen i september. Jeg valgte å foreta ytterligere ett individuelt dybdeintervju. Det ble foretatt i september 2018. Enkeltintervjuet var et uttrekk av en enkeltdeltaker fra gruppen som jeg ønsket å snakke mer med, for å komme mer i dybden på aktuell tematikk og for å kontrollere mulige misforståelser.

Innholdet i intervjuene bar preg av intervjuobjektens historier om temaet (egne narrativer), og de underbygget egne erfaringer om problemstillingene med ytterligere flere fortellinger om sin egen oppfatning av problemstillingen. Misher (1986) mener at slike historier er en måte mennesker organiserer og uttrykker mening og kunnskap gjennom. Denne typen datainnsamling har en personlig karakter, og det var derfor viktig at deltakerne opplevde tillit og fortrolighet under intervjuene (Malterud, 2017). En skeptisk og reservert deltaker kan holde igjen informasjon, i den tro at det kan oppfattes som ufordelaktig for vedkommende.

Informantene ble kontaktet ved en mail som først ble sendt til nærmeste leder. Mailen inneholdt en kort oppsummering av hva prosjektet gikk ut på, og vedlagt var prosjektbeskrivelsen og samtykkeskjema. Det var viktig at lederne var godt informert, fordi intervjuene ble lagt til informantens arbeidstid. De fleste deltakerne arbeidet i turnus, og intervjuet måtte legges til en tid på dagen som var minst mulig belastende for arbeidsgiver. Det var viktig at de hadde gjort seg erfaringer fra sitt arbeid i rusbehandling, og at de kunne gi uttrykk for disse i en gruppesamtale.

Ingen av kursdeltakerne har hatt meg som gruppeleder på kurs. Jeg ønsket å unngå situasjoner der informantene kunne evaluere meg som kursleder, eller at de følte seg forpliktet til å utelukkende gi positive tilbakemeldinger. Jeg understrekte at det ikke var kurset i seg selv jeg ønsket deres responser fra, men hvordan de senere anvendte kurskunnskapen. Informantene ble valgt fordi de hadde egenskaper som kunne kaste lys over forskningsperspektivet og fordi de sa seg villige til å stille opp til denne studien.

3.4.2 Fokusgruppe

Fokusgruppeintervju er en kvalitativ metode hvor en gruppe mennesker samles, diskuterer og fokuserer om et gitt tema. Målet med en fokusgruppe er å bringe frem deltakernes oppfatninger, følelser, holdninger ideer om problemstillingen som er valgt (Putcha & Potter, 2004). Teorien som ligger til grunn for fokusgrupper er at meninger dannes i fellesskap og kunnskap utvikles underveis mellom deltakerne i gruppen (Wilkinson, 1998). Det er ikke et mål å oppnå enighet i fokusgrupper, og noe av metodens styrke er å skape og utnytte spenningen i feltet mellom uenigheter og motsetninger.

Det som bringer diskusjonene fremover i en fokusgruppe er en moderator. En moderator har som oppgave å lede og rettlede diskusjonen til å holde seg til tema som er gitt (Putcha & Potter, 2004). Vedkommende kan til en viss grad være engasjert i diskusjonen, men ikke delta aktivt, dette for å hindre at moderatoren påvirker synspunktene i gruppen (Wilkinson, 1998). Jeg valgte å ta på meg oppgaven som moderator selv. Dette fordi jeg fikk bedre oversikt over dynamikken og informasjonsutvekslingen i gruppen, og det ga meg mulighet til å justere og utvikle rollen som moderator undervegs.

Mitt mål var å skape en gruppe med gode og trygge rammer som la til rette for meningsutviklende samtaler. Samtykke og frivillig deltakelse ble poengtert før undersøkelsen startet. Alle deltakerne samtykket skriftlig (se vedlegg). Et godt samspill i gruppen ville også gjøre det lettere å uttrykke synspunkter som vanligvis ikke er så tilgjengelige (Kvale & Brinkmann, 2012). For å skape trygghet innledet jeg samtalen med å presentere meg. Jeg var kjent for de fleste, men jeg måtte klargjøre min rolle. I denne konteksten opptrådte jeg som forsker. Videre fortalte jeg om hensikten med studien, hvordan dataene ville bli analysert og presentert anonymt i min masteroppgave. Jeg startet intervjuene med å kort informere hva en fokusgruppe er, og presiserte at det ikke ville være veiledning, terapi eller en uformell prat

om temaet. For meg var det viktig å oppnå øyekontakt og nærhet over et tema som potensielt kunne være vanskelig. Wibeck (2000) foreslår maksimalt 6 deltakere, siden det også vil hindre grupperinger innenfor fokusgruppen. Rammene for hvert intervju var satt til 90 minutter. I realiteten varte de i 80, 60, 50 og 25 minutter. Fokusgruppe som metode ga meg raskt tilgang på mye data, og funnene ble rapportert fortløpende

3.4.2 Semistrukturert intervju og intervjustruktur

Semistrukturerte intervjumetode egner seg til kvalitative undersøkelser i fokusgrupper. Denne formen for intervju brukes når man søker å forstå intervjupersonens egne perspektiver og blick på sin livsverden, særlig med henblikk på mening og fortolkning på det vedkommende beskriver (Kvale & Brinkmann, 2012). Intervjuene tok utgangspunkt i en samtaleguide som omhandlet bestemte temaer som kunne belyse problemstillingen. Guiden startet med spørsmål det var lett å svare på, slik at samtalen kom i gang. Spørsmålene var åpne, slik at informantene lettere kunne fortelle om sine erfaringer og komme med beskrivelser av de fenomen jeg ønsket å få frem i studien. Intervjueguiden lot meg ta høyde for nye og interessante innspill, og ga meg mulighet for å være fleksibel når jeg fikk høre om interessante tema.

I intervjuene tok jeg selv oppgaven som moderator for å forsøke å holde oversikt over hele datainnsamlingsprosessen. Utfordringen ved å selv være moderatoren var at jeg kunne la meg henføre i en bestemt retning, og bli påvirket av enkelte holdninger eller egne oppfatninger av kurset. Fordelen var at jeg får mer kontroll over datainnsamlingen ved å selv bestemme retningen som var ønskelig ut fra mitt eget ståsted.

Det var en fordel at intervjupersonene kom fra mitt eget fagfelt. Jeg fikk umiddelbart tilgang på mulige informanter, og flere meldte tidlig sin interesse. Det var imidlertid vanskelig å planlegge en rask datainnsamling på grunn av utfordringer med å rekruttere

aktuelle deltakere og finne tidspunkt for gjennomføring for fokusgruppesamtaler. Svarene informantene kom med virket gjennomtenkte, og det virket som vi hadde de samme språklige referanser på fenomenene som ble beskrevet.

3.4.4 Dokumentasjon

Jeg brukte lydopptak og notatbok for å dokumentere intervjuene. Informantene hadde på forhånd fått informasjon om studien gjennom informasjonsskrivet, samt gjennom muntlig redegjørelse i forkant av intervjuene. Jeg noterte gester, ansiktsuttrykk, bevegelser og det som lydopptakeren ikke fanget opp. Dette forsøkte jeg å gjøre på en skånsom og diskre måte, slik at samtalen ikke ble avbrutt.

3.4.5 Transkribering

Transkribering er en muntlig samtale som overføres til skriftlig tekst, gjengitt slik intervjuobjektet hadde til hensikt å fortelle (Kvale & Brinkmann, 2012). I følge Malterud (2017) er det viktig at forskeren er bevisst på at transkribering ikke kan gjenspeile virkeligheten fullt ut. Den kvalitative forskningsprosessen omformer observasjoner og samtaler til tekst. Etter feltarbeid skrives rådata ned til en form som blir tilgjengelig for analyse. I samhandling mellom forsker og deltaker lages det kun en avgrenset versjon av virkeligheten. Selv om transkripsjonen er nøyaktig, så understreker Malterud at det er viktig at teksten ikke forveksles med virkeligheten. Forskeren må derfor være bevisst på at skriftliggjøringen best mulig ivaretar innholdet på en pålitelig og gyldig måte.

Transkripsjon innebærer også etiske problemstillinger (Kvale & Brinkmann, 2012). I intervjuene framkom informasjon som kunne identifisere enkelte hendelser. For å bevare konfidensialiteten til informantene, og til den beskrevne hendelsen, så jeg det nødvendig å utelukke beskrivelsene i datagrunnlaget.

Lydkvaliteten var god, men jeg brukte tid på å forstå intervjuobjektet sin mening. Dette førte til at jeg flere ganger måtte høre på opptaket på nytt. Ifølge Kvale og Brinkmann (2012) vil det styrke transkripsjonens reliabilitet å høre intervjuene tilstrekkelig for å få med seg betydningen i hvert utsagn.

Jeg har valgt å transkribere både verbal og nonverbal kommunikasjon som latter, pauser og gester. Denne informasjonen vurderes å være essensiell for studien, fordi all informasjon bidrar til å understreke informantens meninger. Dersom man skriver ordrett det som blir sagt under intervjuene, kan samtalen få en helt annen mening. I henhold til Malterud (2017) vil det styrke validiteten i analysearbeidet at forskeren er tilstede under intervjuet og transkriberer selv. Å vurdere intervjutranskripsjonene sin gyldighet er vanskelig i intervjuforskning. Kvale og Brinkmann (2012) mener det kan være nyttig å stille spørsmålet: *Hva er nyttig transkripsjon for min forskning?* Jeg valgte å gjøre alle intervjuer selv og transkribere selv av flere grunner. En slik grunn var at under selve intervjuet festet jeg oppmerksomheten på den non-verbale kommunikasjonen og skrev enkelte utsagn som jeg vurderte å være viktige for den senere analysen. For det andre ga det meg en større fleksibilitet for selve gjennomføringen av datainnsamlingen. Egen tilstedeværelse under intervjuene ga meg mulighet til å huske momenter som hadde betydning for meningen med teksten, og det ga meg muligheten til å forklare og oppklare uklarheter underveis. Gjennom transkriberingen fikk jeg gjenoppleve samtalen og huske poenger som kunne være av betydning for det videre analysearbeidet. Jeg omskrev all dialekt til bokmål, for å sikre informantenes anonymitet. Ifølge Kvale og Brinkmann (2012) lærer den som transkriberer selv, mye om egen intervjustil. Jeg lærte meg etter hvert å spørre mer konsist og hjelpe deltakerne til selv å holde samtalen i gang. Transkriberingen tok ca. 20 timer.

3.5 Analyseprosess

Ifølge Johannesen mfl. (2011) er det vanlig å analysere meningsinnholdet i en fenomenologisk studie. Forskeren leser datamateriale fortolkende for å forstå informantenes tanker. Til denne studien har jeg valgt systematisk tekstkondensering (STC). Prosedyren er inspirert av den fenomenologiske forankrede psykologen Amadeo Giorgi og modifisert av forsker og lege Kirsti Malterud (2017). Metoden egner seg godt når formålet med den fenomenologiske analysen er å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden. Jeg så etter essenser eller typiske kjennetegn ved de fenomenene jeg skulle studere, og analysemetoden egner seg for utvikling av beskrivelser og delvis utvikling av begreper.

STC er blitt modifisert for å håndtere ulike former for informanter i form av både kvalitativ og kvantitativ forskning, evaluering og systematiske praksiserfaringer. Malterud (2017) anbefaler en fersk forsker å følge en foreliggende analyse, og jeg anså denne måten å sortere og analysere på som både hensiktsmessig og overkommelig for denne type oppgave. Denne analyseformen har for min del vært til hjelp for å rydde og sortere et omfattende materiale. Materiale har blitt gjennomgått flere ganger. Min forskning startet induktivt, men underveis i analyseprosessen lagde jeg meg arbeidshypoteser og stilte meg spørsmål ut fra mitt faglige perspektiv. Malterud (2017) viser til Giorgis prosedyre der analysen gjennomføres i fire trinn: Trinn 1. *Helhetsinntrykk- fra villniss til temaer*, Trinn 2. *Meningsbærende enheter- fra temaer til koder*, Trinn 3. *Kondensering- fra kode til mening* og Trinn 4. *Å sammenfatte betydningen av de foregående trinn, beskrivelser, begrep og nye funn*.

I første trinn leste jeg gjennom teksten nøye for å bli kjent med materialet. Målet er å få et helhetsbilde. I samsvar med det fenomenologiske perspektivet skal man i denne fasen sette vår forforståelse og teoretiske referanseramme i parentes. Under intervjuene og transkripsjonen av begynte jeg allerede å danne meg et inntrykk av de ulike temaene som

viste seg gjennom teksten. I denne prosessen brukte jeg prosjektloggen hyppig og fant tilslutt 13 omtrentlige tema, som jeg navnet. Etter denne gjennomgangen følte jeg meg sikker på at temaene bar med seg noe som kunne belyse problemstillingen.

Målet for det neste trinnet i analyseprosessen er å studere materiale og deretter finne meningsbærende enheter. En meningsbærende enhet er en tekst som forteller noe om ett eller flere tema fra første trinn, og som kan belyse problemstillingen. I denne delen av analysen skilles relevant tekst fra irrelevant tekst. Tekst som jeg ikke anså som meningsbærende, ble utelatt. Samtidig som jeg merket de meningsbærende enheten i teksten, begynte jeg å systematisere dem. Alle utsagn og tekstbiter som var relevant for problemstillingen ble systematisert under egne koder. Jeg justerte de opprinnelige temaene, i tillegg til at jeg slo sammen temaer og lagde meg mer presise koder. Kodene hadde til hensikt å identifisere og klassifisere alle meningsbærende enhetene i teksten. Jeg vurderte hvorvidt kodene representerte de samme fenomenene og gikk gjennom teksten nøye for å finne meningsbærende enheter, og om de kunne fortelle noe om problemstillingen. Kodearbeidet organiserte jeg på store flip-over ark, der hvert ark fikk sin kode. Hvert ark inneholdt meningsbærende enheter bestående av tekstbiter som hadde noe til felles. Arbeidet var tidkrevende og omfattende. Alle de de meningsbærende enheten ble gjennomgått grundig. Dette førte til at noen meningsbærende enheter ble flyttet til andre koder. Noen koder ble slettet, fordi de ikke lenger var relevante. Denne organiseringen var nødvendig for å konkretisere og lage kodegruppene så presise som mulige. I følge Malterud (2017) vil arbeidet bli best om man jobber induktivt, altså ikke definerer en kode på forhånd. I denne fasen må forskeren overveie om kodene representerer samme fenomen og samme gruppe. Dette krever at man jobber systematisk og fleksibelt. Som forsker må man være åpen for nye tolkninger etter hvert som man får større innsikt og forståelse av datamateriale underveis. For å dokumentere de valgene jeg gjorde, brukte jeg en prosjektlogg. Prosjektloggen ga meg

mulighet til å kunne gå tilbake, og hente opp igjen tema som kunne brukes. Jeg reviderte kodene med hensikt i å være åpen for nye tolkninger. Jeg kunne stille meg spørsmål til de valgene jeg gjorde underveis, og prøve å bli oppmerksom på underliggende bevisst eller ubevisst logikk jeg forfulgte.

I analysens tredje trinn trekkes kunnskapen ut fra hver av kodene. Hver av kodegruppene ble gjennomgått på nytt med den hensikt å ta stilling til hvilke hovedaspekter data best kan fortelle om. Hovedaspektene som ble ansett som aktuelle, vil være preget av hvilket faglig perspektiv vi leser ut fra. De meningsbærende enhetene ble ut fra de beskrivelsene de representerte fortettet og samlet i en tilhørende subgruppe. Etter organiseringen satt jeg igjen med 3 subgrupper som kunne si noe om rusterapeutenes praksiserfaringer med bruk av kunnskap fra kurset førstehjelp ved selvmordsfare. Innholdsbeskrivelsene i subgruppene har innhold og beskrivelser av samme fenomen som ligner på hverandre. Subgruppen ble brukt som et utgangspunkt for et kondensat, det vil si et kunstig sitat, et «artefakt», som bærer med det konkrete innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene. Kondensatet brukes som et utgangspunkt for resultat i fjerde og siste trinn i analysen. Utarbeidelse av kondensat er et typisk metodisk grep som er spesiell for denne analysemetode. Kondensatet gjenforteller og sammenfatter det som befinner seg i subgruppen, fortrinnsvis med bruk av informantenes egne ord og begreper fra de meningsbærende enhetene. Subgruppene bar preg av det perspektivet jeg hadde med meg inn i lesingen. Eksempel på kondensat: «*Det er godt å være på kurs med noen du kjenner fra før*». Dette er ikke et sitat, men tekst satt sammen fra de meningsbærende enheten. Det er dette som Malterud (2017) betegner som «gullsitat», det som best mulig illustrer det som er abstrahert. Som eksempel: «*Det er jobben min å sette ord på det de føler*». Det kunstige sitatet er forankret i data og beskriver innholdet i den enkelte meningsbærende enheten, og

kan omsettes i en generell form. Gullsitatene beviser ikke funnene fullt ut, men de er med på å levendegjøre teksten.

I analysens fjerde og siste trinn ble de enkelte bitene fra de forrige trinn satt sammen igjen- re kontekstualisert. Dette trinnet består av en sammenfatning av kunnskapen fra hver enkelt kodegruppe. Med basis i de kondenserte tekstene og utvalgte sitatene har jeg lagd en beskrivende og analytisk tekst for hver av kodegruppene. På denne måten beskriver jeg hva materiale forteller om problemstillingen. Den analytiske teksten representerer resultatene i denne studien. Overskriften for hvert av kapitlene sammenfatter hva kodegruppen og den analytiske teksten handler om. Ved å re kontekstualisere resultatene opp mot det opprinnelige materiale, ble funnene validert. På dette trinnet av analysen vurderes funnene opp mot foreliggende empiri og teori. Jeg gikk gjennom mine litteratursøk, og tilsvarende studier. Oversikten jeg lagde ble kryss-lest og jeg forsøkte å finne data som kunne motsi noen av konklusjonene jeg hadde kommet frem til. Jeg sikret en komplett versjon av materialet som hverken var kodet eller de-kontekstualisert. Det var opp mot denne helheten jeg til slutt vurderte mine funn. Oppgavens problemstilling var å belyse «Hvilke erfaringer rusterapeuter har gjort seg ved bruk av kunnskap fra kurset Førstehjelp ved selvmordsfare». Det fjerde trinnet i analysen og det som forklarer resultat kategorien beskriver erfaringer om hjelperrollen, dette har jeg navnet som «*Kursets innvirkning på rusterapeuten*». Den andre hovedkategorien gir beskrivelser om den selvmordsnære og den kategorien har jeg navnet «*selvmordsforebygging i praksis*». Den siste funn kategorien sier noe om hvordan vi som mennesker i samfunnet skal kunne fange opp den selvmordsnære, og den er beskrevet som «*Implikasjoner for samarbeid*».

| Trinn 1 Foreløpige temaer | Trinn 2 Koder (meningsbærende enheter) | Trinn 3 Subgrupper «Artefakter» | Trinn 4 Kategorier Hovedfunn |
|--|---|---|---|
| 1.Erfaring fra jobb og privatliv 2.Godt å være på kurs med kollegaer 3.Egne følelser og holdninger ble undersøkt 4.Ut av komfort-sonen. 5.Oppvekkende 6.Utrygghet/mestring 7.Rett på sak, spør om selvmord 8.Rus og selvmord nært knyttet tema-relevant. 9.Lytte ikke handle, dialogen som verktøy 10.Å stole på egen kunnskap vs eksperthjelp 11.Selvmordskartlegging vs omsorg. 12.Tema angår mange. 13. Kurset viktig for mange | - Bli kjent med egne følelser, opplevelser og erfaringer. - Perspektiver på fagutøvelse | -Fra vettaskremt til lettet - Det er jobben min å sette ord på det de føler | Kursets innvirkning på rusterapeuten. <i>Om hjelperollen</i> |
| | -Selvmord blant ruspasienter -Å bruke kunnskap fra kurset <i>førstehjelp ved selvmordsfare</i> -Selvmordskartlegging | -Fordi rusen gjør at de står i fare for eget liv -Verktøy for intervensjon -Fra skjema til samtale | Selvmordsforebygging i praksis. <i>Om den selvmordsnære</i> |
| | -Allianse med pasient - Kollegastøtte og debrief - Å hjelpe den selvmordsnære | - Å få til et lagspill - Det er godt å være på kurs med noen du kjenner fra før - Kurset er aktuelt for alle. | Implikasjoner for samarbeid. <i>Om å fange opp den selvmordsnære</i> |

Illustrasjon: Trinnene i analyseprosessen.

3.6 Etske problemstillinger og troverdighet

Stilt overfor vanskelige avgjørelser i livet, skal etikken gi oss veiledning for vurderinger før vi handler (Thagaard, 2018). For at forskning skal være troverdig må man stole på at forskeren følger de etiske prinsippene for forskning. Som forsker er det viktig å vise leseren hvilke valg som er gjort gjennom forskningsprosessen. Gjennom denne beskrivelsen kan andre få innsikt og forståelse av hvilke forutsetninger mine tolkninger og konklusjoner er basert på. Det er dette Malterud (2017) betegner som grunnbetingelsene for vitenskapelige kunnskaper som refleksivitet, relevans og validitet. Jeg tar for meg disse betingelsene for vitenskapelige kunnskaper og knytter dette til denne studien. Ved å redegjøre for dette, vil det bidra til å øke studiens troverdighet.

Ifølge Malterud (2017) avhenger studiens relevans om hva vet vi om dette fra før, og hva kan dette bidra med. I planleggingsfasen ved dette prosjektet, stilte jeg meg følgende spørsmål: *Hvem er dette viktig for, og hva kan dette bidra til?* Denne studien har hatt som mål å si noe nytt om hvordan rusterapeuter anvender kunnskap fra kurset *Førstehjelp ved selvmordsfare*. Som jeg tidligere har gjort rede for, så foreligger det amerikanske og nasjonale studier om det å hjelpe den selvmordsnære. Jeg har til nå, ikke funnet studier som har undersøkt dette feltet. På denne måten bidrar studien til å utvikle ny kunnskap om et tema som ikke tidligere er belyst i forskning. Denne studien er ansett som relativ liten og vil relativt sett være viktigst for meg, fordi den bidrar til å øke min forskerkompetanse.

Forskningsfeltet er fra et praksisfelt, der jeg selv har en annen rolle. Dette kan føre til at deltakerne i prosjektet lett kunne glemme at jeg utførte en undersøkelse. Det ligger en sterk forpliktelse overfor forskeren som må klargjøre sin rolle, ved ansvar for et forskningsprosjekt innen helse- og medisin Malterud (2017) hevder at forskeren kan bli oppfattet som en som har og tar et medisinsk ansvar. Dette ble det redegjort for ved intervjuets start.

Refleksivitet handler om å stille spørsmål til egen rolle i forskningsprosessen (Malterud, 2017). Min bakgrunn, faglige forankring, teoretiske referanseramme, forforståelse og tidligere erfaring preger hvordan jeg tolker og hvilke valg jeg har gjort undervegs i forskningsprosessen. Forskningsprosessen og studiens resultat ville med andre ord hatt et annet utfall, dersom en med annen bakgrunn hadde utført denne studien.

Den sosiale relasjonen avhenger av intervjuerens evne til å skape en balanse mellom trygghet til å snakke fritt, til respekt for informantens integritet og til intervjuerens ønske om å innhente interessant kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2012). Som forsker var jeg årvåken for ikke å «lure» til meg informasjon som jeg ellers ikke ville fått i rollen som forsker.

Det kan være lett å identifisere enkeltpersoner i noen studier, da miljøene ofte er små og oversiktlige. Deltakerne kan føle seg stigmatisert og uthengt (Dalen, 2011). I denne studien har jeg utelatt hvilke rusinstitusjoner som er representert og hvilket kjønn, bakgrunn og alder informanten har. Dette for å sikre anonymiteten til deltakerne i studien.

Forskningsdeltakelse kan oppleves som en berikelse. Følelse av å kunne snakke fritt med en interessert lytter kan oppleves betydningsfullt (Kvale & Brinkmann, 2012). Flere av deltakerne ga også uttrykk for at det hadde vært givende og lærerikt. Dette relaterer jeg til problemstillingen, som flere mente det var viktig å belyse.

I vitenskapelig forskning er validitet en betegnelse på hvor godt man klarer å måle det man har som hensikt å undersøke. Validering skal gjennomsyre hele forskningsprosessen fra valg av metode, tema, planlegging, intervju, transkribering, analyse og rapportering av funn (Kvale & Brinkmann, 2012). Validiteten baserer seg både på teori og på resultatene basert på den empiriske undersøkelsen av innsamlete og bearbeidede data. Utfordringen ble å samle inn data som var relevante for problemstillingen. Validiteten ble sjekket ved å inneha et kritisk blikk på tolkninger og konklusjoner. Som moderator i fokusgruppen var det viktig å anerkjenne mangfoldet av meninger for å forebygge at fokusgruppen ble preget av

«innsmigrings bias-effekt» (Malterud, 2017). Dette er et typisk fenomen, hvor informantene sier det de tror resten av gruppen vil høre. Som moderator forsøkte jeg å kontrollere for dette.

Overførbarhet dreier seg om funnene har gyldighet utover utvalget, konteksten og er relevant og anvendbart i andre situasjoner. Det er dette Malterud (2017) betegner som ekstern validitet. Det ble gjort et representativt utvalg i forhold til hvem som var studiens målgruppe. Lignende problemstilling på et representativt utvalg lar seg forske på i en senere sammenheng.

3.7 Formelle tillatelser

Forskning skal underordne seg juridiske retningslinjer og etiske prinsipper ifølge Johannesen et.al (2011). Dette prosjektet er utarbeidet i tråd med Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. Personombudet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) skal vurdere om undersøkelsesopplegg oppfyller kravene i personopplysningsloven. Dette prosjektet ble av NSD vurdert til å være omfattet av personopplysningsloven §31. Prosjektet fikk en forenklet vurdering på bakgrunn av at undersøkelsen var samtykkebasert, personopplysningene ikke var sensitive og hadde lav personvernulempe. Se vedlegg.

Deltakerne er underlagt taushetsplikt i henhold til Lov om helsepersonell kap.5, og jeg ba informantene unngå å dele kunnskap som kunne aidentifisere pasienter eller pårørende som de hadde jobbet med. Jeg informerte muntlig samt innhentet informert skriftlig samtykke som lå sammen med informasjonsskrivet. (Se vedlegg). Deltakerne fikk tid til å reflektere over konsekvensen ved deltakelse. Samtykket til deltagelse viste hovedtrekkene ved studiet, og gav dem rett til å trekke seg når de måtte ønske, uten grunn (Kvale & Brinkmann, 2012). Alle informantene ga skriftlig samtykke. Jeg presiserte anonymitet for å forsikre informantene om at opplysningene ble behandlet konfidensielt, og at opplysningene ikke kunne spores tilbake til den enkeltes utsagn. Datainnsamlingen ble gjort konfidensiell ved at deltakerne fikk tildelt

egne tallkoder, fra 1 til 14, og inneholdt ingen opplysninger som er gjenkjennbare. Koblingen mellom koder og navnelister ble oppbevart i et låsbart skap på et eksternt kontor.

Lydopptakene ble gjort med digital opptaker låst med kode og oppbevart i låsbart skap.

Innsamlet data ble oppbevart atskilt fra kodelister og samtykkeskjema. Lydopptak, transkripsjoner og egne notater vil bli slettet etter prosjektet slutt, senest 30.06.19.

Deltakernes arbeidsgivere, min arbeidsgiver og VIVATs ledelse er orientert om studien.

4. PRESENTASJON AV FUNN OG DISKUSJON

I dette kapittelet presenteres de funnene som det analytiske arbeidet i denne studien har resultert i og som belyser problemstillingen som lyder: *«Hvilke erfaringer har rusterapeuter gjort seg i praksis med bruk av kunnskap fra kurset Førstehjelp ved selvmordsfare»*.

Gjennom analysen identifiserte jeg tre hovedfunn som er sentrale i forhold til problemstillingen. Jeg vil ta for meg hovedfunnene, hver for seg, med tilhørende subgrupper fra analysens tredje trinn. Etter hvert hovedfunn kommer en diskusjonsdel, som diskuterer hovedfunnet opp mot eksisterende forskning og teori som jeg tidligere har gjort rede for i kapittelet teoretisk referanseramme. Under diskusjonskapitelene følger videre underkapitler. Til slutt presenteres en avsluttende diskusjon som drøfter funnene i en helhetlig kontekst.

4.1 Hovedfunn: Kursets innvirkning på rusterapeuten

Kurset Førstehjelp ved selvmordsfare var lett å huske, og informantene kunne lett beskrive opplevelsen av å være på kurs. Kurset ble referert til som sterkt, engasjerende og lærerikt. De ulike subkategoriene belyser på ulike måter beskrivelser som sier noe om dette.

4.1.1 Bli kjent med egne følelser, opplevelser og erfaringer: «Fra vettaskremt til lettet»

Kurset Førstehjelp ved selvmordsfare starter med å kartlegge deltakernes egne erfaringer, holdninger og følelser knyttet til selvmord. «*Jeg hadde sånn angst for å gjøre noe feil*» er kondensat av det informantene beskriver om sine tanker før kurset startet. Deltakerne krysser anonymt av på skjema som samles inn. Denne informasjonen gir et overblikk over gruppens kunnskap og erfaring om fenomenet selvmord. Informantene beskriver at de ble overrasket over spørsmål om egne erfaringer, ikke bare kunnskap som de har lært gjennom studier: «*Da kurset startet med å kartlegge erfaringene våre kjente jeg på en stemning som var veldig spesiell og kraftfull. Jeg har aldri snakket med kollega om mine private erfaringer om selvmord*».

Kurset Førstehjelp ved selvmordsfare tilbys de som vil komme til å møte personer som er i selvmordsfare. Deltakerne kan ha ulik bakgrunn og ulike erfaringer. Deltakere har kunnskap om tema selvmord fra før, men de trenger ikke være bevisst hvor kunnskapen kommer fra.

«For meg, ærlig talt, jeg har jo vært en sånn flink helsearbeider som har lest om det, men så oppdaget jeg at jeg hadde et annet forhold til selvmord, og alle har vel det? Så det ble ganske nært da.»

Deltakerne kommer fra forskjellige utdanninger og har med seg ulike erfaringer inn i kurset. Formålet med å kartlegge erfaringen er å få et overblikk over all kunnskap som deltakergruppen besitter. Dette kondensatet forteller noe om de utfordringene deltakerne måtte overkomme på kurset:

«For det er jo skummelt å legge ned garden og si at, dette er faktisk det jeg har opplevd, og ja det er skummelt, men samtidig bra da, fordi det gjør noe med deg. Og det blir man jo påvirket av som fagperson og.»

Å kartlegge erfaringer om selvmord kan bidra til å gi en forståelse av at selvmord ikke bare rammer utsatte grupper, men at det er et problem som berører folk flest.

Når man skal lære noe nytt, så spiller ofte miljø og omgivelsene inn. Etter en kort introduksjonsdel om utbredelsen av selvmord, deles kursdeltakerne i smågrupper. I denne delen av kurset får de mulighet til å utforske sine holdninger til selvmord.

«For det er jo et veldig sensitivt tema. Jeg torde å være åpen, og jeg torde å prøve meg- det gjorde inntrykk, og noe som jeg har tatt med meg hele veien. Det lå veldig godt an for deling, da vi ble delt inn i smågrupper. Jeg har aldri snakket om mine holdninger til selvmord før.»

I denne delen av kurset deler deltakerne egne følelser og virkelige historier kommer opp. Når denne kunnskapen er kartlagt kan den bidra til å snakke med åpent om selvmord, og deltakerne kan utforske følelser og erfaringer som kan påvirke dem som hjelpere.

I neste del av kurset går man over til å presentere en modell for intervensjon. En av læringsmetodene er å benytte praktiske øvelser. Kurset sitt mål er å formidle at det å snakke er bra, men praktisk øvelse er bedre. Formålet er å hjelpe deltakerne til å føle seg mer villig, klar og i stand til å hjelpe en person i selvmordsfare. Begrepet rollespill tonet ned for ikke å skape prestasjonsangst, og ta vekk unødig fokus fra kurset. Øvelsene starter etter lunsj på dag 1 og gjennom formiddagen på dag 2. Dette er en læringsmetode som kan hjelpe deltakerne til å prøve ut modellen for intervensjon i mindre og tryggere grupper.

«Jeg grudde seg så fælt til rollespillet, fordi det er så fryktelig kleint. Men så var det egentlig så fint, fordi jeg klarte liksom å sette meg inn i det, og være i det. Så da ble det så ekstremt emosjonelt egentlig. Jeg var helt utladet da jeg kom hjem».

Rollespillene i kurset kan for mange oppleves virkelighetsnært og realistisk. Dette kan være til hjelp for å forstå hva en selvmordsnær person trenger.

«Jeg synes det rollespillet der en kursholder var en ung gutt som var selvmordsnær var utrolig sterkt, selv om jeg synes rollespill er ganske tåpelig og kleint. Men det var så ekte og realistisk. Så det gjorde veldig sterkt inntrykk. Jeg husker at jeg ble skremt, det som var skremmende var at kurslederen plutselig var i en rolle. Så var det en intervensjon, og det var så tøft å se og oppleve. Så da fikk jeg en sånn a-ha-opplevelse der, at dette er faktisk alvor. Det er faktisk mennesker som kan dø, om vi ikke får det med oss. Det gjøre meg redd for å gjøre noe feil.»

Dette gir et innblikk i hvordan modellen for førstehjelp fungerer i praksis. Øvelsene i gruppene gir en mulighet til å bli kjent med egne følelser, motivasjon, kunnskaper og ferdigheter. I hovedsak forteller informantene at rollespill fører til at deltakerne blir tatt med ut over sin komfortsone: *«De utfordret grensene våre, men jeg trengte de erfaringene gjennom rollespill»*. Selv om rollespillene vekker uro og frykt hos deltakerne på forhånd, så opplever deltakerne mestring.

«Jeg greier ikke å huske konkret, men jeg husker opplevelsene, eller følelsene mine. Og det er jo det jeg tenker er læringen først og fremst, det at du er delaktig selv, derfor tror jeg rollespill er en helt annen type læring, fordi den blir integrert på en helt annen måte, fordi du må bruke deg selv, og det berører deg emosjonelt da. Så det som ble resultat av at det var jo det at det ikke var så farlig. Du kjenner igjen følelsene som skapes, når du står der i en ekte situasjon.»

Kunnskap om egne følelser kan brukes i selvmords-intervensjon, enten ved å legge vekt på dem når de er til hjelp for den selvmordsnære, eller å redusere de om de står i veien for å kunne gi effektiv hjelp.

Bruk av humor kan virke forløsende og gi varige minner: *«Nei jeg synes rollespill er artig jeg da, for vi fikk til et artig rollespill oppi alt, og det ble mye latter og fliring og sånn»*.

Det var rollespillet som gjorde at informanten husket kurset så godt i ettertid. Når øvelsene først er i gang, forsvinner spenningen, og eget og andres læringsutbytte øker.

4.1.2 Perspektiver på fagutøvelse: «Det er jobben min å sette ord på det de kjenner»

Ved innskriving i rusbehandling kartlegges alle pasientenes erfaring med selvmord. Screeningen består av spørsmål om aktuelle suicidale tanker og eller tidligere suicidale forsøk. Disse opplysningene skrives inn i pasientens journal. Terapeutene krysser i tillegg av i et eget Klientkartleggings skjema som registreres i et nasjonalt kartleggingsystem for statistikk og analyse. Videre vurderes selvmordsfare med kjente risikofaktorer i innkomstsamtale med lege.

I det videre pasientforløpet kartlegges pasientens symptomtrykk. Det er vanlig å benytte seg av kartleggingsverktøy som Becks Depression Inventory kalt **BDI** (Beck, Steer, Brown, 1996). **Mini** er et internasjonalt nevropsykiatrisk intervju basert på DSM- IV (Sheehan mf.l. 1992) og Symptom Checklist 90, bedre kjent som **Scl- 90** (Derogatis, 1983). Dette er selvrapporteringstester som også avdekker pasientens erfaring med selvmord. Videre er det vanlig praksis å vurdere selvmordsfare ved permisjoner, ved belastende hendelser, ved brudd i behandling og ved utskrivelse fra behandling. Rusterapeuten vil derfor få flere muligheter, avhengig av lengde på opphold, til å bli kjent med pasientens erfaringer knyttet til selvmord. Dette forteller at rusbehandling raskt forsøker å få svar på pasientens erfaringer knyttet til selvmord. Ikke bare en gang, men flere ganger.

Jeg ønsket å undersøke hvordan det å benytte selvmordskartlegging virket inn på rusterapeuten, og hvordan kunnskap fra kurset kom til anvendelse. Kunnskap fra kurset har bidratt til: «[...] å gi omsorg og trygghet for personen i fare. Situasjonen rundt den selvmordsnære er alltid spent, det handler om å formidle trygghet».

Førstehjelpskurset har som mål å øke deltakernes evne til å intervensere ved selvmord. I kurset lærer deltakerne spesielle intervensjonsferdigheter ved selvmordsfare, og funnene tilsier at dette har bidratt til å øke deltakernes faglige trygghet: *«Jeg følte meg mer handlekraftig tilbake i jobbsammenheng. Jeg hadde et konkret verktøy og jeg var mer rett på sak»*. Videre virket kurset mer organiserende for tidligere ervervet kunnskap om temaet:

«Jeg følte meg veldig trygg, for gjennom kurset ble jeg minnet på hva jeg selv kan, også det som har vært intuitivt. Gjennom en god del erfaring. Ja det å stole litt på egen evne, kunnskap, kompetanse, kommunikasjonsferdigheter. At det faktisk er der, men at man blir minnet på det.»

I kursets forståelsesdel introduseres deltakerne til Førstehjelpsmodellen. Denne modellen fungerer som en veileder, der hjelperne skal utføre bestemte livsfremmende oppgaver for å møte behovene til personer i selvmordsfare. I denne delen rettes fokuset mot det å forstå hvem som kan være i risiko for selvmord, deretter undersøke dette behovet. Dette gjøres ved å spørre om selvmord.

«Jeg var veldig usikker før jeg gikk kurset. Hvor mye skal man rydde i det, eller spørre om det? Er det positivt, eller kan jeg forsterke noe? Jeg hadde mange usikkerheter i meg. Hva gir mening? Er det min egen nysgjerrighet som driver meg til å spørre om dette, eller vil det hjelpe vedkommende til syvende og sist? Å vite at man faktisk har lov til å spørre. Jeg gjør ikke noe galt, og jeg vet at jeg ikke gir den selvmordsnære noen nye ideer. Å vite at det gir mening, det fikk meg tryggere. Man blir mindre redd for å ta opp temaet.»

Informantene svarer i henhold til kursets formål. Hensikten med å øve seg på å spørre direkte om selvmord er å øke tryggheten til hjelperen. Den selvmordsnære trenger hjelp til å bli spurt, fordi førstehjelperen vil vite om det handler om selvmord.

Å spørre om selvmord og få et bekræftende svar, avdekker at personen har tanker om selvmord. Dette fører deltakerne til den neste fasen i førstehjelpsmodellen, til forståelse av valgmuligheter. Denne fasen handler om å hjelpe personen i selvmordsfare til å se verdien av et annet valg. Dette er basert på en antagelse om at de fleste personer i selvmordsfare er ambivalente.

«Man ikke skal hoppe på tiltak med en gang du får høre at vedkommende har tenkt på å ta livet sitt. Du trenger ikke å springe eller ringe akutt etter psykolog, men du kan være den personen som står der. Ja, jeg har kunnskap til å utforske historien bak ønsket om selvmord, og være den som kan gi støtte».

Denne prosessen krever at man setter ned tempoet og tar imot det som kommer. Det krever mot av hjelperen å spørre om selvmord. I datamateriale reflekteres det over at terskelen for å spørre om kan være høy, som en av informantene sa det: *«du kan risikere å få et svar du ikke vil ha og det kan føre til at du får mere arbeid»*. Informasjon og undervisning bidrar til å trygge hjelperne og støttes av dette kondensatet: *«Det er jo mye lettere å spørre hvis du har en formening om hva du skal gjøre med det»*. Utover det å spørre om selvmord, så er det vesentlig å ha kunnskap om hva man skal gjøre videre. Dette utsagnet belyser hvordan informantene bruker kunnskap fra kurset Førstehjelp ved selvmordsfare.

«Jeg tenker kurset gir oss noen nyttige verktøy som gjør at vi kan avdekke selvmord, og hvilken historie som førte vedkommende dit. Jeg tenker på dette med å ta imot historien. At jeg undersøker om grunnene for selvmord, og det gjør jeg nå mer effektivt. Det er i denne fasen jeg jeg mest tålmodig til å lytte til historien om ønske om selvmord. Jeg er ikke så redd for å ta imot vedkommendes tanker om selvmord, for det er jo bare tanker, og tanker er ikke farlige. Jeg er med på å sette ord på tankene og ufarliggjøre de. For det er jo ikke handlinger.»

Det kan være vanskelig å avdekke hvorvidt det foreligger overdoser, ulykker eller selvmord når det gjelder pasienter som ruser seg mye. Ruspasienter bærer ofte med seg mange tap og livssituasjonen vil være preget av håpløshet og tvil. Det synes viktig, som en av informantene uttrykte, at forhistorien ikke er avgjørende for hvordan hjelpen skal innrettes: *«Til syvende og sist, så spiller det ikke så stor rolle hva det er vedkommende har tenkt å gjøre, men det handler om å redde liv».*

Kurset Førstehjelp ved selvmordsfare sine overordnede mål er å gjøre deltakeren mer forberedt, villig og i stand til å undersøke muligheten for selvmord. *«Jeg håpet at det kunne stå noen på broen jeg passerte, da jeg kjørte hjem etter kurset. Jeg var såååå klar!»* Informanten beskriver at hun kunne ta kunnskapen i bruk bare kort tid etter kurset, og dette bidro til at: *«Jeg kjente veldig en sånn ro og en sånn trygghet i den situasjonen, og det knytter jeg veldig til at dette hadde jeg ferskt med meg. Dette hadde jeg faktisk trent meg litt på».* Informanten følte seg, villig, klar og forberedt, akkurat slik kurset formidler sitt mål.

Et resultat i studien er at kurset har bidratt til et fokusskifte hos terapeutene når det kommer til hva de skal holde øye med. Der de tidligere har vært mer fokusert på detaljer som *når* og *hvordan* handlingen tenkes utført, har de flyttet fokuset til den personen som er i krise. *«Hvem sitt behov dekkes her? Er det personen med selvmordstanker eller er det mitt behov for kontroll, og mitt eget behov for å være trygg? Vedkommende har disse tankene, og da er måten det skal skje på mindre viktig».*

Metoden for selvmordshandlingen virker mer underordnet og uviktig for informantene. Fokuset er flyttet fra seg selv og sin egen engstelse til å fokusere mer på den selvmordsnære sine behov.

Jeg ønsket å vite hva kurset hadde bidratt til. Dette oppsummerer hva kurset har tilført informantene:

«Dette var et kurs der jeg måtte ta i bruk hele meg selv. Det er noe annet å sitte å høre om temaet på en forelesing. På kurset er du delaktig selv, og gjennom rollespillene så blir læringen integrert på en annen måte. Det berører deg mer emosjonelt. Jeg er mer offensiv nå enn tidligere».

Kurset beskrives som krevende og at opplæringen skiller seg fra annen type opplæring. Kondensatet nedenfor viser at informantene rapporterer i henhold til førstehjelpskurset budskap:

«Jeg er ikke lenger redd for svaret. Jeg gjør ikke noe galt. Jeg er blitt mer modig og tryggere. Jeg har den kunnskapen jeg trenger. Jeg trenger ikke bruke tid på å finne løsningene for dem. Jeg er mer fortrolig rundt det å snakke om selvmord- og jeg har det mer i ryggmargen».

Det finnes mange ulike måter å skaffe seg informasjon og kunnskap om selvmordsforebygging på. Jeg ønsket å undersøke om hva er det som gjør at dette kurset skiller seg ut på en positiv eller negativ måte:

«Kurs, kurs, kurs, sier jeg bare. Det burde være en plikt. Det å ha en opplæring av nyansatte og det å informere dem om viktigheten av å undersøke muligheten for selvmord er viktig. Jeg tenker at det er viktig å undersøke, fordi du hører om så mange som får beskjed om at det var ingen som torde å spørre meg om det. Både om seksuelt misbruk, vold i hjemmet og om det å ikke ønske å leve lengre, om selvmord. Jeg vil ikke være en sånn terapeut som ikke tør å spørre.»

4.1.3 Diskusjon - Kursets innvirkning på rusterapeuten

Denne studien skal bidra til å belyse hvilke erfaringer rusterapeuter har om bruk av kunnskap fra kurset Førstehjelp ved selvmordsfare. I foregående kapittel viser funn at informantene har blitt bedre kjent med sine egne følelser, opplevelser og erfaringer. Kurset er beskrevet som

kraftfullt, fordi de tidlig ble bedt om å beskrive profesjonelle og private erfaringer med selvmord. De ble utfordret i forhold til sine holdninger, og kurset gjorde sterkt inntrykk. Informantene ble utfordret på følelsene sine, men det følte likevel trygt innenfor rammen. Kurset har bidratt til at deltakerne har følt seg mer handlekraftig i praksis som rusterapeut, mindre redd for å ta opp temaet selvmord og sikrere som livreddere. På bakgrunn av funnene har jeg plukket ut disse gullsitatene som dekker det informantene sier om sine erfaringer: «*Fra vettaskremt til lettet*» og «*Det er jobben min å sette ord på det de føler*».

4.1.3.1 Teoretisk kunnskap og livserfaring - like viktig?

Funnene i studien peker på at det å møte pasienter i eksistensielle kriser kan være utfordrende og vanskelig for den som skal hjelpe personer i selvmordsfare. Av foreliggende teori om hvordan helsepersonell forholder seg til selvmordsproblematikk finner jeg studien *Existential themes in the treatment of people at suicide risk. Understanding and practices of specialist healthcare professionals* av Sjøberg og Kjørven Haug m.fl (2018) relevant. Denne viser at helsepersonell strever i møte med pasienter med selvmordstanker. Resultatene i denne studien gir innsikt i hvordan eksistensielle temaer blir tatt opp når helsepersonell møter pasienter som har forsøkt selvmord. Eksistensielle temaer kan være ord som håp, håpløshet, ensomhet, meningsløshet og skam, mening, meningsløshet, ensomhet, døden og ansvar. Temaene handler om det som er grunnleggende menneskelig, og noe alle vil erfare. Disse temaene har betydning for hvordan mennesker forstår og håndterer sin livssituasjon i møte med vanskeligheter. Forfatterne av studien mener at det vil være lettere å styrke pasientens helse dersom helsepersonell får større innsikt i betydningen av eksistensielle temaer. Studien viser videre at det var lettere for helsepersonell å snakke om faglig ståsted, tidligere pasienterfaringer og de rammene som gjaldt for deres avdeling. Studien tar også til orde for at det er behov for forskningsbasert kunnskap og nødvendig verktøy for slike samtaler, og at bør

være nødvendig å inkludere kunnskap om eksistensielle temaer inn i utdanningsforløpene for helsepersonell.

Data i min studie forteller at opplæring innenfor selvmordsforebygging må tørre å utfordre deltakerne mer. Informantene mine sier at «*Jeg hadde bare lest om selvmord. Så viste det seg at jeg hadde et annet forhold til selvmord og, og det blir jeg påvirket av som fagperson og*». Dette belyser at opplæring om selvmord er mangelfull. Når deltakerne får en arena og mulighet til å snakke om selvmord, så kommer en annen del av kunnskapen frem. Den kunnskapen som er selvopplevd.

Som nevnt tidligere viser selvmordstallene fra 2017 at 593 personer døde av selvmord i Norge. Andriessen (2011) peker på et anslag på 10% mørketall. Schneidmann (1985) og Dunbars antall (2011) gir en pekepinn på hvor mange som blir berørt av selvmord. Selvmord skjer overalt og er en del av det livet vi lever, og det er naturlig å tenke at mange har erfaring og uformell kompetanse om selvmord. Kunnskap om selvmord gir ikke tilstrekkelig kompetanse dersom den utelukkende er teoribasert. Dette støttes av studien til Søberk, Kjørven, Haug mfl. (2018) og bekreftees i mine egne funn.

Vatne og Nåden (*Tidsskrift for psykisk helsearbeid, vol 15, 2018*) intervjuet 10 personer etter selvmordsforsøk. Funnet i studien antydte at helsepersonell kan ha forsterket smerten og redusert håpet om et bedre liv hos dem som vurderer selvmord. Det kom frem at møtene mellom helsepersonell og selvmordsnære som krevende og mangelfulle. I min undersøkelse gir deltakerne uttrykk for at de gjennom kurset har «*Blitt mer handlekraftig tilbake i jobb*», og de har et genuint ønske om å hjelpe den selvmordsnære, ved å kunne «*Gi omsorg og trygghet for personen i fare*». Dette viser diskrepans mellom det den selvmordsnære opplever og det helsepersonell rapporterer om oppfølging rundt selvmordserfaringer. Studien til Vatne og Nåden (2018) viser til tiltak som kan forbedre pasienters opplevelse av møtet med helsepersonell etter selvmord. Den understreker at det er

viktig å jobbe med helsepersonell sine holdninger. Dette kan handle om at pasienter etter selvmordsforsøk blir møtt med åpenhet og tillit. At helsepersonell tørr å snakke om historien som ledet til selvmord/ selvmordsforsøk, og at pasienten blir møtt med respekt. Videre anbefaler Vatne og Nåden systemiske endringer som bedre kvalitetsregistre, undervisnings- og veiledningskrav, relasjons- og samarbeidskompetanse og krav om at helsepersonell utvikler sin kompetanse både faglig og etisk. Selvmord er et livstema som handler muligheten den enkelte menneske har til å velge liv eller død. Valget mellom liv og død er et eksistensielt og et etisk spørsmål som har berørt mennesker gjennom tider, verden over.

Det er i forkant av et mulig selvmord eller selvmordsforsøk at helsepersonell kan medvirke til at pasienter får hjelp til å bli møtt på dette temaet. Etterpå er det for sent, og det er den redselen denne informanten belyser: *«Jeg skjønnte under kurset at vedkommende kan dø, hvis jeg ikke fanger opp temaet»*. Kurset Førstehjelp ved selvmordsfare kan være en innfallsvinkel til å bli kjent med egne erfaringer, følelser og holdninger. Kurset er lagt opp slik at deltakerne åpent kan dele sine erfaringer og utforske sine holdninger for å få større innsikt og forståelse for eksistensielle temaer som hver enkelt har erfaring med. Denne refleksjonen kan bidra til økt kunnskap og kompetanse til å møte og gi bedre hjelp til personer i selvmordsfare. Kurset baserer seg på å bli kjent med både profesjonelle og personlige erfaringer. Det vil dermed bidra til å øke relevansen og til å anerkjenne all erfaring som kompetanse.

4.1.3.2 Selvmord som uttrykk for smerte

Noen mennesker er tause om sine livsproblemer, kanskje fordi de aldri har lært å sette ord på de gjennom sin oppvekst, har blitt skuffet eller har gitt opp. Hjelmeland, Hagen og Knizek (2013) sier noe om betydningen av selvmord som en måte å kommunisere på. Det å forstå den selvmordsnære sin livssmerte og hjelpe den selvmordsnære til å sette ord på det som

skjer, blir viktig. Dette understøttes videre av mine data: *«det er min jobb å sette ord på det de føler»*.

Noen mennesker opplever tanker de ikke har kontroll på, som kan lede til selvmord, jfr. Schneidmann teori om selvmord (1993). Helsearbeidere må tørre å invitere til samtaler om hvordan eksistensiell smerte, tilhørighet, samhandling og mening påvirker betingelser for livet for mennesker med rusproblemer. For noen mennesker er sårbarheten eller vanskeligheter større enn hos andre. I følge Schneidman (1985) er de fleste selvmord knyttet til en følelse av uutholdelig psykisk smerte. Informantene i min studie beskriver erfaringer som at: *«Rusen forsterker følelsene og de tunge tankene. Mange har opplevd tap, og de ruser seg for å døyve tapsfølelsene»*. Det er denne smerten som ønskes bort. Smerten reduseres når den selvmordsnære får muligheten til å sette ord på det som har skjedd forut for tankene. Slike kognitive prosesser kan være vanskelig å få tak i. Gjennom å bruke en psykodynamisk tilnærming, kan allikevel hjelperen være med på å oppdage, forstå og bearbeide følelsene, tankene og opplevelsene fra tidligere og nåværende relasjoner. Kursets modell for intervensjon er bygget på tanken om å jobbe utforskende, med et nysgjerrig og ikke-dømmende blikk. Det handler om å møte den hjelpetrequende med respekt og omsorg for de tankene som har ledet til død. Dette bidrar til at den hjelpesøkende blir mer bevisst på hvordan man unngår eller bruker beskyttelsesmekanismer når vedkommende står overfor truende situasjoner.

4.2 Hovedfunn: Selvmordsforebygging i praksis

Jeg ønsket å kartlegge på hvilken måte Kurset Førstehjelp ved selvmordsfare kan være aktuelt for ansatte i rusbehandling. Informantene gir uttrykk for at kurset er relevant og aktuelt for ansatte i rusbehandling. Dette kommer frem av beskrivelsene som følger.

4.2.1 Selvmord blant ruspasienter: «Fordi rusen gjør at de står i fare for eget liv»

Selvmord og selvmordsatferd oppleves som et vanlig og tilbakevendende fenomen blant personer som har en rusmiddelavhengighet. Dette kommer til uttrykk på denne måten:

«Dette med selvmord, er jo et tema som kommer ganske hyppig opp blant denne pasientgruppen her. Mange har opplevd tap. De ruser seg fordi de sliter med tunge tanker, og rusen forsterker de tunge tankene. De er jo i en livskrise når de kommer inn i behandling. Pasientgruppen er en høy-risikogruppe for selvmord».

For at personer skal få sin behandling i TSB, må pasientene henvises til behandling i spesialisthelsetjenesten av fastlege, andre kommunale hjelpere eller sykehus. Henvisningen rettighets-vurderes av en vurderingsinstans innen det helseforetaket som vedkommende hører hjemme i. Rettigheten til behandling fastslås gjennom en prioriteringsveileder for TSB.

Behandlingen gis etter prinsipper om kost, nytte og alvorlighet, og ventetiden anbefales ut fra hvor lenge man kan vente uten forringelse av den henvistes helse. Denne prosessen kan for mange rusavhengige være lang. Helt fra det å oppdage at man har et problem, til å sette ord på det, søke om hjelp og etter hvert få riktig hjelp.

«Pasientene er dårligere både psykisk og somatisk. Mange har traumbakgrunn, og har med seg store relasjonstraumer og andre traumer fra oppveksten, som gjør dem ekstremt sårbar. Alkoholproblemet er ofte langvarig. De har så mange tap. Mange har dårlig økonomi og for mange virker livet helt skakkjørt, elendig og håpløst. Det er jo en pasientgruppe som har mange livskriser. Mange kommer for sent inn i behandling. Det virker som de kommer senere inn i behandling enn tidligere, dette fører til at de er dårligere og har flere problemer de må løse.»

På bakgrunn av henvisning og førstegangssamtale med pasienten avdekkes pasientens sykehistorie. Den gir pekepinn i forhold til hvilken hjelp vedkommende skal tilbys. I tillegg

kartlegges selvmordserfaring blant pasienter som skrives inn i behandling. Dette forteller informantene om deres erfaring med selvmord blant pasientgruppen:

«Denne gruppen er over-representert i selvmordsstatistikken. Pasientene forteller om mange selvmord i rusmiljøet. Det kan forveksles med overdoser, og blir ikke rapportert som selvmord. Rusen senker terskelen for selvkritisk-het og øker sjansen for gjennomføring eller forsøk da. For i rusen blir man impulsiv, og da kan man gjøre ting som ikke er helt gjennomtenkte. Eller noe som man egentlig ikke ønsket eller ville. Ja følelsene blir sterkere under rus, så når man er ruset, kan livet oppleves mørkere. Det er derfor viktig at vi spør om selvmord.»

Denne studien har ikke presisert eller laget et skille på de ulike rusmidlene. Rusterapeutene som er intervjuet til denne studien arbeider med ulike typer problematikker. Gjennom datainnsamlingen kommer det imidlertid tydelig frem at erfaring med selvmord oppleves og beskrives ulikt i forhold rusmiddelprofilen:

«Det er kanskje litt kontroversielt å si det, men blant narkomane pasienter, så er min erfaring at de ofte ikke hadde mange nære rundt seg, de var uten jobb, uten bolig, dårlig økonomi. Det var så lite som var i orden, at de hadde lite å miste.»

Narkomane misbrukere ruser seg på illegale rusmidler. Livene de lever er mer kontroversielle. De har færre ressurser, og livsbetingelsene er mer marginale, er beskrivelser som kommer gjennom datamateriale. Den narkomane rusmisbrukeren skiller seg vesentlig fra den alkoholavhengige misbrukeren. Dette kommer til syne i disse funnene:

«Det å ha jobb og en alkoholavhengighet er verre. Ja man har mer å tape. Både selvfølelse og syn på seg selv, og hvem er jeg hvis jeg skal innrømme overfor kollegaene mine at jeg har et alkoholproblem. Blir jeg stemplet som alkoholikeren i vennegjengen, blant arbeidskollega og i min familie? Hvilken identitet har jeg da? Fallhøyden er større blant de med alkoholproblemer. De er som regel ikke så

marginaliserte, de har mange flere funksjoner intakt fordi de som regel har debutert med rus senere.»

Selv om både narkomane og alkoholavhengige beskrives å være i fare for selvmord, så viser funnene at alkohol potenserer farene. Selvmordsfaren forsterkes ytterligere dersom problemet går utover sosiale relasjoner og rammebetingelser. Alkohol er et lovlig rusmiddel og de fleste voksne drikker alkohol. Informantene rapporterer om pasienterfaringer om hvordan det er å være rusavhengig og søke hjelp:

«Når det gjelder alkohol, så er det ofte sagt at det bare er å slutte. Det kommer an på viljen. Når det gjelder illegale stoffer, så er det mer kjemisk, så det virker som folk har en klarere oppfatning om at det må en ha hjelp til å slutte med.»

Dette gjenspeiler det faktum at alkohol er et komplisert rusmiddel å håndtere. Samfunnet har en forventning om at folk klarer å kontrollere drikkingen sin på egen hånd. Dette kan igjen føre til at pasienter med et alkoholproblem kommer seinere inn i behandling.

Dette utsagnet illustrer at personer med narkomane problemer blir mer synlige og kommer lettere til behandling. Å drikke alkohol er lovlig og de aller fleste drikker.

«Du kan ikke drikke når du er på julebord eller miljødag med jobben. Det er vanskelig å forklare det. Man skal jo håndtere det å drikke, alle mestrer jo det. Det er sårt. De sliter med å opprettholde fasaden. Fasaden er viktig for oss mennesker. Det er den identiteten vi har, og hvis den slår sprekker, og avdekker at en drikker, ja da er man utsatt da. Skammen gjør at det blir vanskelig å snakke med andre om rusproblemet.»

Slike utsagn gir inntrykk av at den som drikker skal håndtere drikking. Dersom en ikke håndterer dette er det ens eget ansvar. Byrden beskrives som krevende og skammen blir stor.

4.2.2 Å bruke kunnskap fra kurset *Førstehjelp ved selvmordsfare: «Verktøy for intervensjon, få dem i tale»*

Det kan være vanskelig å avdekke hvilke personer som har tanker om å dø. Kunnskap fra kurset kan være til hjelp for å finne personer med selvmordstanker og videre, forstå hva den selvmordsnære trenger.

«For jeg tenker at hvis du er selvmordsnær, så er det ikke sånn at du går rundt og forteller det til folk, men hvis noen spør, så oppleves det som en lettelse vil jeg tro. For man kan ha tanker om å ønske å dø, men samtidig ikke ønske å dø, ikke sant. Du har bare et ønske om at noen kan hjelpe deg, ikke sant.»

Når pasienter kommer til behandling i TSB, kan de ofte være ganske nedkjørte, forvirrede, rusa eller abstinente. Det å få konkrete spørsmål kan virke på forskjellige måter og dette forteller informantene om sine erfaringer: *«jeg merka at han ble letta da jeg spurte»* eller *«nei, det var ikke sånn ment, det er ikke så svart. Det er ikke sånn, gi opp, jeg mener»*.

Kurset gir muligheter til å prøve ut ulike måter å spørre om selvmord på. Dette er forsøk på å la deltakerne få følelsen av hva som passer den enkelte best, og hva som kan passe i situasjonen eller den selvmordsnære. Denne kunnskapen kommer til anvendelse i praksis, som beskrevet på denne måten:

«... for jeg bruker å se an situasjonen og personen foran meg. Hva fungerer best i hvilke situasjoner. Noen funker det å stille indirekte spørsmål til, mens andre må du være direkte til. Noen ganger oppsummerer jeg, og noen ganger forteller jeg om andre pasienter jeg har møtt som har opplevd lignende ting, og da spør jeg om det kan være sånn for vedkommende og. Noen pasienter trenger at jeg spør på en rundere måte. I stedet for å tyde hva pasientene sier, så er jeg mer direkte».

For en hjelper kan det være et tungt ansvar å være den som får vite om en person sine tanker om død. Kurset har som målsetting å øke deltakernes ferdigheter i å hjelpe en person i selvmordsfare til å holde seg trygg her- og nå.

«Å være den trygge. At man kan være den personen som vedkommende kan ha kontakt med frem til neste time til psykolog, eller en innleggelse eller annen kontakt med hjelpeapparatet. Altså være dette trygghetspunktet, frem til noen andre kan ta over. Jeg kan overlate ansvaret til andre, sånn at jeg slipper å ta ansvaret på sikt».

Informanten beskriver seg mer kompetent, og i stand til å gi livsstøttende veiledning frem til andre ressurspersoner tar over. Dette er i tråd med kursets intensjoner om det å kunne gi førstehjelp.

Et eksempel på en konkret intervensjonsmetode som brukes i kurset, er å speile tilbake eller gjenfortelle det den selvmordsnære sier. Denne metoden brukes i praksis for å avdekke om det foreligger fare for selvmord og for å gjøre den selvmordsnære klar over at vedkommende er i fare for eget liv. I intervjuene forteller informanten om hvordan vedkommende bruker dette spesifikke verktøyet:

«Så hvis du er en person som for eksempel sier: Jeg vet ikke om jeg orker dette her noe mer...? Da tør jeg å si, Hva mener du med det? Hva mener du med at du ikke orker dette mere? Jeg tør gå etter, utforske å speile tilbake. Og jeg kan faktisk være så modig at jeg kan si: Mener du at du vil dø?»

I dette eksempelet bruker informanten ikke bare speiling, men hun våger å omformulere det vedkommende sier for å undersøke mulighet for selvmord. Når man først har oppnådd å komme i kontakt med tanker om selvmord, så bekrefter informantene at samtalen i seg selv er livbergende: *«Jeg tenker på dialogen, at du får dem i tale. Det er jo et tegn på liv. Når noen ønsker å snakke med deg, så er det jo tegn på liv. Det er muligens et livsønske».*

Informantene beskriver erfaringer om at forholdet mellom liv og død ofte er et tema i rusbehandling. Muligheten for selvmord aktualiseres, før det avtar, og igjen kommer opp. Dette svinger ofte i takt med rusen og den situasjonen de lever i. Dette beskrives slik: «[...] samtalen kan gå bra, men så vet du ikke om situasjonen vil vedvare, den usikkerheten leve-død, svinger sånn blant denne gruppen. Om 2 dager så kan du være i samme situasjon igjen. Det kan komme nye ting til, som for eksempel promille». Det er ikke uvanlig at pasienter som skrives inn i rusbehandling er beruset. Et av de standardiserte inntaksspørsmålene er, spørsmål om tanker eller planer om selvmord. Jeg ønsket å undersøke om det var nødvendig å stille disse spørsmålene ved innleggelsen. Ville svarene være valide? Dette er informantenes erfaringer:

«Jeg tror det er flere selvmord i rusmiljøet enn det som er kjent i dag. Så det er viktig at vi spør og at vi forstår viktigheten av det det å undersøke. Selv om folk er rusa. Ikke ta det en annen dag, det kan fort gå i glemmeboka, eller pasienten skriver seg ut. Av erfaring sier jeg alltid at vi tar det nå, selv om hjernen ikke er helt på plass. Det er desto viktigere å undersøke det da».

En vanlig oppfatning blant folk flest, er at rusmisbrukere blir ansett som manipulerende og etterspørrende på goder. Dette kan føre til at spørsmål om selvmord og bruk av rus kan bli overrapportert i håp om å oppnå et gode. Dette erfarer rusterapeutene på denne måten:

«Ofte kan det være at de slenger ut at de ønsker å dø, hvis de ikke får det som de vil. Dette er i affekt da. Da er de som regel abstinente, og sier det for å få medisiner eller for å få hjelp. Jeg synes kurset og verktøyene har hjulpet meg til å skille mer mellom det som er instrumentelt og hva som er reelt. Dette kurset er et viktig verktøy for oss som jobber i dette feltet.»

Rusterapeutene erfarer at det er viktig å hjelpe den selvmordsnære til å sette ord på det som har skjedd for å få frem historien som ligger bak krisen. Dette kommer til uttrykk på denne måten:

«Det er mange grunner til at folk ruser seg. Mange kriser. Jeg velger å se på rus som en mestringsstrategi for å håndtere det uhåndterlige. Dersom du tar vekk rusen, vil derfor det uhåndterlige komme opp igjen. Så tar du vekk rusen, eller at vedkommende opplever at rusen ikke fungerer på samme måte som før, så har de en ny utfordring. Da har de ikke lenger noe som virker dempende på den livssmerten som kommer opp under avrusing og behandling. Da kan mange ruspasienter komme til et punkt, da er det bare livet mitt jeg har kontroll på da. Det blir en annen slags mestringsstrategi. En måte å regulere det vonde på. Det er en mulighet som gjør at vedkommende kan komme bort fra det vanskelige, når alkoholen er borte. En form for å si at ting er for jævlig. En destruktiv mestringsstrategi.»

Dette gir et inntrykk av at rus og selvmord blant informantene oppfattes som en mekanisme med samme funksjon. En type forsvarsmekanisme som kan hjelpe vedkommende til å få kontroll. Ved å bruke rus kan vedkommende regulere seg til en tilstand som føles mer overkommelig. Når rusen er borte mister vedkommende denne muligheten. Vedkommende sin siste mulighet for kontroll over livet, er da muligheten og valget om selvmord.

4.2.3 Selvmordskartlegging: «Fra skjema til samtale»

Som en del av standardiserte fagprosedyrer for inntak av nye pasienter i rusbehandling, blir alle pasienter spurt om tanker og planer om selvmord, slik jeg tidligere har vært inne på. På spørsmål om hvorfor det er viktig å få kunnskap om selvmord svarer informantene:

«Det skjer ofte at mange tar lett på å ta selvmordskartlegging når pasienter kommer til innskriving. Jeg tror ikke de er bevisst på den kunnskapen vi går glipp av da. Det

er viktig at vi tar den runden, selv om pasienten er rusa. Jeg har opplevd at en pasient prøvde å henge seg selv om han var kjemperusa. Min erfaring er at flesteparten har hatt selvmordstanker eller forsøk på selvmord. Det er viktig å få kunnskap om livene de har levd.»

Jeg ønsket videre å undersøke hvordan de som fagpersoner reflekterte over det å stille standardiserte spørsmål om selvmord: «*Jeg er jo helsepersonell, og er vant med prosedyrer og instruksjoner*». Kartlegging og prosedyrer er en del av jobben, men det forteller lite om hva hjelperen kan om selvmordsforebygging utover det å spørre gitte spørsmål. Dette ble tydeliggjort i det informantene selv sa: «*På kurset lærte vi om intervensjoner. Det er noe annet det å bare intervjuer en pasient. Du får ikke noe eierforhold til selvmordskartleggingen om du ikke har nok kunnskap om temaet, og har gjort det grundig*». Prosedyrer eller standardiseringer kan i noen grad hevdes å være et hinder mot at helsepersonell bruker sitt faglig skjønn. Jeg ønsket å undersøke hvordan rusterapeutene i studien forholdt seg til bruk av eget faglig skjønn i kombinasjon med prosedyrene rundt kartlegging av selvmordsrisiko.

«Ja du må kunne følge opp. Hvilke signaler ville det gitt og vedkommende svarer at han har selvmordstanker. Ja skal han bare sitte der og vente til du henter noen andre? Du må være troverdig når du undersøker. Jeg hadde ikke svart ærlig om den andre ikke hadde kunnskap om det. Du må være interessert. Om du ikke er det, vil den videre veien til intervensjon bli lang. Ja det er veldig skjematisk, og det kan oppfattes av mange som en handling for å «få ryggen fri». Skjemaet er et utgangspunkt, og det er viktig at det blir gjort med omsorg.»

Faglig skjønn ser ut til å berikes av kompetansen fra kurset og kommer i tillegg til prosedyrene og kartleggingen som gjennomføres. Dette kondensatet fra informantene beskriver hvordan kunnskap fra kurset supplerer den standardiserte kartleggingen:

«I innkømt eller ved utskrivelse bruker jeg det jeg lært på kurset til å fiske litt videre. Er det noe som er aktuelt nå, er det noe vi må ta hensyn til, hvor lenge siden det er siden du har tenkt de tankene? Har du prøvd og har du tanker nå, om når det skal skje og om hvilke planer har du. Ja du må kunne følge opp.»

4.2.4 Diskusjon - Selvmordsforebygging i praksis

Gjennom undersøkelsen har jeg forsøkt å finne deltakernes erfaringer knyttet til bruk av kunnskap fra kurset Førstehjelp ved selvmordsfare. I presentasjonen av funnene i kapittel 4.2.1 & 4.2.2 & 4.2.3 har informantene kommet med ulike beskrivelser som kaster lys over nettopp dette - informantenes erfaringer med pasientkontakt.

Informantene beskriver at pasientgruppen de jobber med er preget av tap. Rusen forsterker tapsfølelsen og øker impulsiviteten. Informantene uttrykker at det er viktig å finne ut hva som leder til selvmord. Ruspasienter kommer ofte sent inn i et behandlingsløp ved TSB, noe som kan ha gjort dem sykere i mellomtiden. Funnene beskriver at narkomane er mer marginaliserte og synlige i samfunnsbildet. Alkoholavhengige blir mer overlatt til seg selv, og står i større fare for selvmord. Den standardiserte selvmordskartleggingen er viktig, men du må vite hva du skal gjøre videre. Modellen i kurset hjelper rusterapeutene med å få de selvmordsnære i tale og avdekker ambivalens. Funnene i studien viser at kurset klart har bidratt til effektivt å kunne gå inn i den selvmordsnære sin historie. Rusen er en mestringsstrategi, på samme måte som valget over livet. På bakgrunn av funnene har jeg valgt å trekke ut noen «gullsitater» som gir et særlig godt bilde av problemstillingen: «*Fordi rusen gjør at de står i fare for eget liv*», «*Verktøy for intervensjon, få dem i tale*» og «*Fra skjema til samtale*».

4.2.4.1 Selvmord som kommunikasjon

Å forstå hva som kan lede til et selvmord kan være vanskelig. Jobs et.al (2004) hevder at selvmord er knyttet til opplevelsen av å ha problemer som ikke har en annen løsning enn selvmord. Dette kommer til syne gjennom datamateriale «*Mange har opplevd store tap, rusen forsterker tankene og de er i en livskrise når de kommer i behandling*». Det er en hensikt bak selvmord og selvmordsforsøk. En av hensiktene kan være det å ha en pause, ikke nødvendigvis dø (Jobs et.al (2004)). For å finne ut hvordan vedkommende har det, trenger hjelperen å spørre konkret om selvmord. Funnene forteller noe om dette: «*Nei det var ikke så svart*». Dette kan være avklarende å få svar på både for hjelperen og for vedkommende som er i krise.

Sentrale følelser for den selvmordsnære er ofte en følelse av hjelpeløshet og håpløshet. Smith et.al. (2006) hevder at forsøk på selvmord kan bidra til endring i håpløsheten. Dette belyses også gjennom mine data:

«For jeg tenker at hvis du er selvmordsnær, så er det ikke sånn at du går rundt og forteller det til folk, men hvis noen spør, så oppleves det som en lettelse vil jeg tro. Du har bare et ønske om at noen kan hjelpe deg, ikke sant.»

Dette beskriver at selvmordstanker ofte er private tanker, som vedkommende trenger hjelp til å få satt ord på. Den selvmordsnære strever med motstridende tanker som kan føre til skade dersom vedkommende ikke får hjelp. I denne beskrivelsen betraktes selvmordstanker som et stille rop om hjelp. Altså et ønske om at noen fanger opp hvordan du har det.

Selvmordstanker kan ut fra denne beskrivelsen sees på som en måte å få kontakt og kommunisere på. I boken *The Cry for help* av Norman Farberow og Edwin Shneidman (1961/1965) ser de på selvmordshandlinger som kommunikasjon. Dette kommer tydelig til uttrykk i bokens forord: «*The messages of suffering and anguish and the pleas for response*

that are expressed by and contained within suicidal behavioural» (Farberow & Shneidman 1961/1965).

På 1960-tallet ble det utformet flere teorier om kommunikasjon. Watzlawick et al (1967) pekte på at alt vi gjør i nærvær av andre er en form for kommunikasjon. Dette medfører at enten vi «gjør noe» eller ikke gjør noe, så kommuniserer vi. Ut fra dette perspektivet sees selvmordsatferden på som, ikke bare noe som *ligger i mennesket*, men det som *ligger mellom mennesker*, altså i et relasjonelt perspektiv. Vi kan dermed ikke unngå å kommunisere enten vi vil det eller ikke (kommunisere/ikke-kommunisere). Basert på dette arbeidet utviklet bla Fleisher (1999) en teori der selvmordsatferd må sees på som talehandlinger. Hun tar til orde for at selvmordshandlingen alltid har en betydning. Dette synet får støtte av forskerne Hjelmeland og Knitzek (2013), som gjennom publikasjonen: *Hva er meningen? Selvmord som kommunikasjon*, ser på selvmordsadferd ut fra et kommunikasjonsteoretisk perspektiv. Basert på denne tenkning er det nærliggende å forstå selvmordshandlingen som en ytring mennesker kan ty til når de er i ekstreme situasjoner og når de samtidig ikke finner verbale hensiktsmessige måter å ytre seg på. Slike verbale ytringer kan ha blitt forsøkt uten at vedkommende har blitt sett eller hørt, eller forstått. Selvmordshandlingen kan derfor være et forsøk på å få kontakt med seg selv og sine omgivelser på. Eller at vedkommende har lært gjennom sine erfaringer at man blir hørt dersom man uttrykker seg gjennom selvmordshandlinger.

Funn i undersøkelsen støtter opp om nettopp dette kommunikasjonsperspektivet. Dette kommer bla. frem i beskrivelser som: «*Han ble letta da jeg spurte direkte*», «*Jeg tenker på dialogen, det er tegn til liv*» og «*Det er jo bare et ønske om at noen kan hjelpe deg*». Videre forteller informantene om erfaringer som har bidratt til at de har sett selvmordsproblematikken i et kommunikasjonsteoretisk perspektiv. Eksempel på dette er følgende sitat:

«I en del situasjoner, så tenkte jeg først at det var en appell, men etter hvert så jeg hva det handlet om. Det handlet ikke om et reelt ønske om å dø, men om et ønske om å bli sett og bli hørt og få hjelp.»

Stengel (1967) beskriver selvmordsadferd som appell, Sifneos (1966) refererer til den som manipulasjon og som nevnt ovenfor omtaler Farberow og Shneidman den som et rop om hjelp (1961/1965). Både selvmord og rusadferd kan lett forstås som manipulasjon, eller et ønske om å oppnå goder. Til tross for dette utviser informantene en mer nyansert forståelse av «selvmordsadferd som «manipulasjon». Dette kan eksemplifiseres med utsagn som: *«Jeg synes kurset og verktøyene har hjulpet meg med å skille mer mellom det som er instrumentelt og hva som er reelt»*. Informantene evner å innta en ikke-moraliserende eller dømmende holdning. Kurskunnskap ser ut til å hjelpe informantene med å klargjøre hva som er reelle behov, og hvilke behov som kan være uttrykk for noe annet.

4.2.4.2 Den selvmordsnære sitt perspektiv

Å kunne uttrykke egne tanker og følelser er grunnleggende behov. Hvordan dette kommer til uttrykk vil enten være som direkte eller indirekte kommunikasjon av den selvmordsnære sin egen historie. For å forstå dette perspektivet for kommunikasjon, må hjelperen inn i den selvmordsnære sin historie. I kurset *Førstehjelp ved selvmordsfare* (Vivat, 2006) understrekes det at det er historien som fører til dødstankene. Forståelsen av selvmord bør derfor inneholde både personens livshistorie og den utløsende krisen hevder Schneidmann (1993). Gjennom intervjuene kommer det frem at perspektivet som tar inn over seg den selvmordsnære sin egen historie er godt implementert som arbeidsmetode. Dette vises bla i dette sitatet: *«Jeg tenker på dette med å ta imot historien. At jeg undersøker om grunnene for selvmord»*. Dette gjøres mer effektivt som informantene uttrykker, med å gå inn i historien som handler om selvmord, og ikke hele livshistorien som Schneidmann tar til orde for. Informantene beskriver

at de søker å få kontakt med den selvmordsnære og deretter å høre hva vedkommende kan fortelle om tankene og det som har skjedd som har ført til ønske om selvmord. Gjennom å lytte til historien som er knyttet til selvmordstankene, hjelper førstehjelperen personen til å sette ord på tankene som har ført vedkommende dit. Når en førstehjelper lytter til historien får den selvmordsnære høre seg selv snakke om de mørke tankene som preger dem.

4.2.4.3 Tunnelsyn vs. ambivalente tanker

Schneidmann (1993) beskriver at den selvmordsnære er preget av en uløselig konfliktsituasjon. Selvmordsnære er preget av en psykisk smerte, er frustrerte og har utilfredsstilte psykiske behov. Sentrale følelser beskrives som håpløshet og hjelpeløshet. Tankene er preget av tunnelsyn, men bevisst eller ubevisst er det preget av ambivalens. Videre hevder han at de selvmordsnære sender ut signaler om hjelp. Informantene i denne masterstudien bekrefter i stor grad dette ambivalente forholdet gjennom sine egne erfaringer og uttalelser i intervjuene. Eksempler på dette er utsagn som:

«Kurset har hjulpet meg med å avdekke selvmord, og hvilken historie som førte vedkommende dit. Jeg tenker på dette med å ta imot historien om selvmord. Jeg undersøker grunnene for selvmord, og jeg gjør det mer effektiv. Det er i denne fasen jeg er mest tålmodig til å lytte. Jeg er ikke redd. Dette handler om vedkommendes tanker, og tanker er ufarlige, så lenge de ikke omsettes til handlinger. Jeg er med på å sette ord på tankene.»

Når hjelperen lytter aktivt til den selvmordsnære sin historie, kommer fortellingene og ordene som kan åpne opp for refleksjon og gi plass til ny innsikt. Historien som den selvmordsnære forteller, evalueres ikke, men anerkjennes og gyldiggjøres for den som forteller (Tallaksen og Lindmark, 2013). Når historien fortelles vil imidlertid hjelperen få mulighet til å fange opp noe som kan uttrykkes som tvil eller usikkerhet i valget mellom det å dø eller det å leve. I

noen situasjoner brukes dette bevisst, bla som vist i dette sitatet fra en av informantene: «*Jeg synes metodene er veldig fine å benytte når man står overfor folk i ambivalens. For eksempel om de skal bli eller dra fra institusjon*». Gjennom å få hjelp til å se på grunner for å dø og for å leve, kommer ambivalensen til uttrykk, som i dette sitatet: «*For man kan ha tanker om å ønske å dø, men samtidig ikke ønske å dø, ikke sant*». Personer som har tanker om å dø, kan samtidig ha tanker om å leve, og at de ønsker hjelp (Schneidmann, 1993). Målet for førstehjelperen er å bidra til å hjelpe den selvmordsnære ut av sitt tunnelsyn til en tilstand med mer usikkerhet. Gjennom å øke ambivalensen får hjelperen mer tilgang til håp og et ønske om å leve hos den selvmordsnære.

Ambivalens sies å være en sunn følelse, som slekter på Descartes tvil «*Cogito ergo sum*». Informantene gir uttrykk for å selv å ha vært usikre «*Hva er mine grunner for å undersøke dette?*» Dette er en naturlig følelse av å ikke krenke den andre, eller gå den andre for nære. Ambivalens er en følelse av *Uro* ifølge Finn Skårderud (1999). Skårderud hevder at mennesket må løse sin uro for å kunne utvikle seg videre. Økt kunnskap om hvorfor det er viktig å få vite noe om grunnen til å gå inn i tematikken virker slik på informanten: «*Jeg har nå faglige begrunnelser til å gå inn i den selvmordsnære sin historie*». Kurset kan med dette bidra til å hjelpe den selvmordsnære ut av ambivalens til en mer trygg plass. I tillegg bidrar kurset til å organisere og gi støtte til hjelperens egen ambivalens til å gå inn i et potensielt vanskelig tema.

4.2.4.4 Registrering og utøvelse av fagkunnskap

Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (2008) anbefaler at alle pasienter i psykisk helsevern og TSB kartlegges og vurderes for selvmordsrisiko. Det blir anbefalt å gjøre dette systematisk ut fra kjente risikofaktorer for selvmord. Den nasjonale retningslinjen skriver at vurderingen av selvmordsrisiko er en av de

vanskeligste oppgavene som møter helsepersonell. Formålet med retningslinjen er å øke kompetansen blant helsepersonell og å bidra til at pasientene mottar et standardisert og godt behandlingstilbud for å forebygge selvmord og selvmordsforsøk. Standardisering i form av prosedyrer for selvmordskartlegging kan være til hjelp for den enkelte i sitt arbeid og beskrives bla som følger: *«Jeg er vant med og ganske glad i prosedyrer og instruksjoner»*.

Selvord er et betydelig problem innenfor feltet psykisk helse og rus, og data fra Hunt-studien (2013) viser at det er god grunn til å være oppmerksomme på denne pasientgruppen. Ifølge Aarre (2018) kan fordelene ved retningslinjer for selvmordsrisikovurdering være at den skaper en bevissthet rundt selvmord. Utfordringen er at retningslinjen prøver å standardisere et klinisk problem, nemlig det å intervensere ved selvmordstanker. Dette kommer frem i undersøkelsen: *«Du kan ikke bare intervju en pasient. Du får ikke noe eierforhold til selvmordskartleggingen om du ikke har nok kunnskap om temaet. Du må kunne følge opp»*. Slike risikovurderinger kan virke instrumentelle og gå på bekostning av å forstå hva den selvmordsnære egentlig trenger av sine hjelpere.

Ewa Ness og Fredrik Walby (2012) bidro i arbeidet med å utforme retningslinjene. De pekte på faren for å utvikle en såkalt «riskikovurderingskultur» som kunne være et hinder for effektiv hjelp, hvor skjema og målingskulturen får større rom enn effektive hjelpetiltak. Noen av informantene bekrefter tilstedeværelsen og tendensen til en slik kultur. Dette reflekteres bla. gjennom dette utsagnet: *«Ja det kan bli veldig skjematisk, og det kan oppfattes som noe du gjør for «å holde ryggen fri»»*.

Ensidig fokus på nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging gjennom kartlegging, kan bidra til å skape en illusjon av at det er en lineær sammenheng mellom det å følge retningslinjene vs. det å unngå selvmord. Dette kan skape en frykt blant helsepersonell for å gjøre feil og det kan bidra til uheldig ensidig fokus på å dekke sin egen rygg med

selvmordsrisikovurderinger. På denne måten flyttes fokus fra pasienten til helsepersonellet. Denne problematikken belyses gjennom kondensatet «*Jeg blir så redd for å gjøre noe feil*». Retningslinjer blir ofte omskrevet og operasjonalisert som prosedyrearbeid. I tillegg til dette beskriver informantene at det er viktig å få bakgrunnskunnskap om de som skrives inn i behandling. Dette utsagnet fra en av informantene gir et uttrykk for nettopp dette: «*Med kurset og det vi lærte om intervensjoner gir rom for å være fleksibel. Skjemaet er et utgangspunkt, og du må lære deg til å spørre om selvmord med omsorg for den som sitter der*». For informantene er det viktig å kunne være fleksible i en kartlegging og ha nok bakgrunnskunnskap til å vite hva de skal gjøre om temaet selvmord kommer opp.

«Det kan oppleves som en avvisning, dersom man blir spurt om selvmord, uten at man tar seg tid til å undersøke hvor aktuelt temaet er. For det krever jo mot av den som spør, men også den som blir spurt. Vedkommende blottlegger noe som er veldig sårt da.»

Dette viser viktigheten av at pasienter i selvmordsfare må bli møtte med respekt og omsorg. Ensidig satsning på selvmordskartlegging blir av den grunn kritisert av Hjelmeland mfl. (2018) fordi selvmordsatferd blir vurdert ut fra en lineær årsak-virkning-tenkning. I denne studien blir selvmordsrisikovurderinger beskrevet som for snevre fordi de utelukkende baserer seg på statistisk risikovurdering. Psykiske lidelser, særlig depresjon løftes frem som en viktig risikofaktor. Diagnostisering og behandling av psykiske lidelser blir da ansett som sentrale grep. Hjelmeland m.fl. (2018) hevder derimot at selvmordstankene nødvendigvis ikke alltid handler om psykiske lidelser. Selvmord og selvmordstanker beskrives som et komplekst fenomen som ikke kan forstås uavhengig av det livsløp og i den konteksten problemene utvikler seg. Studien viser til at det er problematisk, og i ytterste rekke antiterapeutisk, å tilby et «One size fits all»-tilnærming med sterkt fokus på psykiske lidelser og risikovurderinger. Videre at slik ensidig fokus kan bidra til å marginalisere og

dehumanisere den selvmordsnære. Hjelmeland m.fl (2018) tar til orde for ny-tenkning for å sikre at den selvmordsnære blir sett og hørt og at helsepersonell må få tid, rom og tillit til å utøve sin faglighet over pasienten. Dette krever kompetanse som går utover en bio-medisinsk lineær forståelse av selvmord og risikokartlegging..

Kartlegging av risiko er nødvendig, men ifølge Sjøberg, Kjørven og Haug (2018) trenger hjelperne kunnskap om hvordan pasienter forstår og opplever problemer knyttet til de eksistensielle aspektene. De etterspør mer kunnskap om forebygging og beskyttelse av mennesker med selvmordsrisiko.

Retningslinjene kan gi en forventning om at selvmord og selvmordsforsøk kan reduseres bare helsepersonell registrerer godt nok. Selvmordsrisikovurdering, basert på statistisk risikokartlegging, gir alene ikke nok informasjon for å undersøke muligheten for selvmord. Helsepersonell må ha tilstrekkelig kompetanse og erfaringstrening til å kunne følge opp vanskelige tema når selvmord aktualiseres. En av informantene formulerer det slik: «*Ja du må kunne følge opp. Du kan ikke bare forvente at noen andre tar det. Når du undersøker må du være troverdig og ekte interessert. Om du ikke er det, vil veien til intervensjon bli lang*». Denne betraktningen valideres av funn fra studien *Personalets kjennskap og holdninger til retningslinjer og prosedyrer for selvmordsrisikovurdering i psykisk helsevern* (Larsen og Qin, 2018). Informantene i studien rapporterte god kunnskap til formalkrav om selvmordsrisikovurderinger, selv om det var rom for forbedringer. Informantene viste en ambivalent holdning til rutiner og prosedyrer for selvmordsrisikovurderinger ved at de ved å gjøre ytterligere, mer målrettede undersøkelser opplevde en trygghet på å avdekke det som var relevant eller ikke. Ulempen var at dette var ekstra tidkrevende og hadde et juridisk fokus. Evne til å komme i posisjon til å få selvmordsnære i tale og til å holde samtalen i gang krever skoling, kunnskap og trening. Funn i min studie belyser dette gjennom kondensatet:

«Skjemaet er bare et utgangspunkt for avdekking av selvmord, det er viktig at du har nok kunnskap til å gjøre noe med det som avdekkes».

For at terapeuter skal ha et bredt lytteperspektiv, er det nødvendig at terapeutene er kjent med sine egne private narrativer (egne historier) (Gullestad & Killingmo, 2005). I Kristin Østelies doktoravhandling (2018) *«Listening to suicidal patients in psychotherapy»*, viste at en god del terapeuter var engstelige for at pasienten skulle ta sitt eget liv eller for ikke å strekke til faglig. En del var redde for å bli tatt av tilsynsmyndigheter eller arbeidsgiver fordi de ikke hadde gjort selvmordskartlegginger systematisk nok. Engstelsen bidro til at evnen til å lytte til den selvmordsnære sin historie ble svekket. Terapeutene ble mer distanserte i tilnærmingen, noe som førte til at de ble mindre empatiske og nysgjerrige.

4.2.4.5 Skal alle skjæres over samme kam?

Det er i denne studien ikke gjort poeng av ulikhetene mellom rusmidlene. Rusavhengige er naturligvis svært forskjellige ut fra individuelle forhold, men også av forhold som preges av rus. Det som er felles for populasjonen er at rusen gir avhengighet som medfører tap av sosiale relasjoner, psykisk og fysisk helse. Likhetsstrekket for rusavhengige er at brukeren først beskriver en lykkefølelse. Rusmiddelvirkningene fyller en positiv funksjon for vedkommende. Informantene beskriver dette som følger:

«Narkomane er mer marginaliserte i utgangspunktet. De har ofte mistet mye. Den alkoholavhengige sliter mer i det stille. Mange har jobb, og har en rolle i familien. Den narkomane er mer synlig og får hjelp tidlig, mens den alkoholavhengige får hjelp oftest for sent fordi det betraktes at den alkoholavhengige bare må ta seg sammen.»

Pasienter som får tilbud om behandling i TSB, kommer på bakgrunn av henvisning og vurdering i helseforetakets vurderingsenhet. Vurderingsenheten tildeler behandling ut fra anbefalinger i Lov og forskrift for prioriteringsveileder for TSB (Helsedirektoratet, 2015).

For alkoholavhengighet er veiledende frist 6 uker før oppstart i behandling. Aktuell helsehjelp i TSB er poliklinisk behandling, utredning, avrusing dag og døgnbehandling. For avhengighetsproblematikk knyttet til opiater, legemidler, cannabis og sentralstimulerende midler er veiledende frist 12 uker før oppstart i behandling. For disse gruppene vurderes poliklinikk, utredning, avrusing og døgnbehandling som aktuelle tilbud i TSB. For alle avhengigheter settes veiledende frister ut fra individuelle forhold som eksempelvis suicidalitet, graviditet, komorbiditet med andre lidelser og risiko for ytterligere sosiale, relasjonelle, økonomiske eller helsemessige tap. Vanlig praksis er å tildele behandling i poliklinikk, som er det laveste nivå, for deretter å endre behandlingsnivå til døgn ved behov (Nasjonalt RHF nettverk, 2018).

Det er imidlertid grunn til være ekstra observant når det kommer til selvmordsfare og personer som drikker alkohol. Av studier som jeg tidligere har nevnt: Conner m.fl (2006), Norstrom (2013) og Rossow (2013) viser selvmordsfare seg å være en større fare for de som drikker alkohol. Bruken av alkohol berører de fleste av oss, og undersøkelser på samfunnsnivå viser at 90% av den norske befolkning drikker alkohol (Rossow, 2013). Av disse har mange jobb og har mange roller intakte. Det krever imidlertid større innsats for den alkoholavhengige «å holde på fasaden» enn den narkomane rusavhengige. Bak fasaden kamufleres og kompliseres problemer i kjølevannet av drikkingen. Alkohol er et lovlig rusmiddel som brukes i mange anledninger og ved sosiale arrangement. Bruken av alkohol kan dermed bidra til å potensere og til å maskere vanskelige følelser. Dette gjør at selvmord blir vanskelig å oppdage blant personer som drikker.

Funnene mine forteller at: *«Alkoholavhengige som blir innlagt er langt dårligere nå enn før. Alkoholavhengige kommer for sent i behandling».*

Det kan være ulike grunner til at pasienter i TSB beskrives som mer svekkede. Foreliggende forskning som kan forklare funn, er studien *«Drop out fra langtidsbasert rusbehandling».*

Nesvåg m.fl. (2017) finner færre tidlige drop-out blant pasienter som hadde mottatt døgnbasert rusbehandling tidligere og for dem som hadde mottatt behandlingsforberedende tiltak i forkant av det aktuelle behandlingstiltaket. Denne studien støtter opp om at et vellykket utfall av rusbehandling er mer sannsynlig dersom pasienter tilbys en mer intens behandling - døgnbehandling.

En annen grunn for at pasienter beskrives som dårligere enn tidligere, kan tilskrives samhandlingsreformen (St.meld.nr 47. 2008-2009). Bakgrunnen for reformen var et behov for at pasientgrupper med sammensatte lidelser, herunder psykiatri og rus, ble beskrevet som lidende på grunn av dårlig samarbeid mellom helsepersonell. Samhandlingsreformen ble innført i 2012 for å sikre bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Målet med reformen var å dempe kostnadsveksten i helsesektoren og skape bedre samhandling og koordinering mellom nivåene i helsetjenesten. Reformens viktigste grep var å flytte behandlingsansvar fra spesialisthelsetjenesten til kommunenivå. Samhandlingsreformen bidrar nå til at flere pasienter med komorbide lidelser får sin behandling i kommunen. Nærbehandlingsprinsipper og økonomisk straff brukes også som incentiver for å behandle pasienter i kommunesektor, og kan være en forklarende årsak til at færre pasienter henvises til spesialiserte tjenester for rusbehandling.

4.3 Hovedfunn: Implikasjoner for samarbeid

Det er utfordrende å samarbeide med andre, enten det er kollegaer eller andre hjelpeinstanser. Ansatte i TSB har bakgrunn fra ulike utdanninger innen helse, sosial, medisin, diakoni eller psykologi. Dette kan bety ulik opplæring om temaet selvmord.

En suksessfaktor for samarbeid er å ha et felles språk og en felles problemforståelse.

Kunnskap fra kurset virker å spille inn på hvordan man samarbeider om denne tematikken.

Funnene i denne kapittelet beskriver samarbeidet mellom hjelperen og den selvmordsnære

pasient. Hvordan tjenester samarbeider om selvmord, og hva som er typisk for selvmordsopplæring.

4.3.1 Allianse med pasient: «Å spille på lag»

Å oppnå kontakt med en som sliter, en som har et ønske om å dø, er naturlig nok veldig krevende. Den selvmordsnære er opptatt av hendelser som har skjedd i fortid og kan føle seg alene om sine tanker. For en hjelper kan det være frustrerende og vanskelig å komme i posisjon til å snu situasjonen for den som er i fare. Et viktig grep for terapeuten er å hjelpe den selvmordsnære til å sette ord på disse tankene. Kurset Førstehjelp ved selvmordsfare har som utgangspunkt at de fleste selvmordsnære sender signaler, bevisste eller ubevisste i håp om at noen fanger opp disse. Deltakerne blir utfordret til å stille spørsmål om selvmordstanker, etter at signalene er sjekket. En av informantene uttrykker sin erfaring fra kurset slik:

«Jeg hadde en magefølelse, for pasienten ville ikke svare meg direkte først. Da jeg spurte henne på et senere tidspunkt bekreftet hun at hun hadde de tankene. Pasienten sa at hun var glad for at jeg stilte spørsmålet på nytt. Fordi hun selv ikke var klar over hvor langt nede hun var. Pasienten hadde mange ganger opplevd at hjelpere hadde unngått å spørre, selv om det kanskje var åpenbart. For pasienten ble det klargjørende for hvor alvorlig situasjonen rundt henne var. Når jeg var ærlig, etterspørrende og modig, så greidde hun også være det samme tilbake. Det var dette som skulle til for å komme til et vendepunkt og til at situasjonen endret seg for henne».

Det kan være vanskelig å sette ord på disse tankene for den selvmordsnære. Det holder kanskje ikke at du spør bare den ene gangen. Når den selvmordsnære begynner å snakke, kan vedkommende få en mulighet fra å være ensom om disse tankene til å få tilbud om en

allianse. Å sette ord på vanskelige følelser og tanker kan være utfordrende for den som sliter. Språket gir en mulighet til å forstå og til å samarbeide, som informanten her uttrykker: *«Når vedkommende har åpna opp om selvmordstankene, så var det lettere for meg å prøve å bygge på en lagfølelse».*

Språk formidles gjennom ord og kroppslige handlinger. Når disse henger sammen, gir det som regel et mer forståelig bilde. *«Jeg er avhengig av å se kroppsspråket til den jeg snakker med. Da ser jeg hvordan vedkommende responderer på det jeg sier, og jeg kan lettere tolke vedkommendes signaler».* Informantene beskriver at de ofte mottar telefoner fra fortvilte og rusede pasienter. I slike sammenhenger er informasjonsbildet mer begrenset. En informant uttrykker det slik:

«Det verste er når vi får telefoner på natta. De er rusa, og langt nede i Whiskey-flaska. Så lenge praten er i gang, er det greit, men hvis det plutselig blir stille ... Ja da ringer jeg medisinsk nødtelefon. Det går inn på meg. Den følelsen av tomhet, og hva skjer nå? Man får jo aldri vite hvordan det gikk.»

Å miste muligheten til å se hvordan vedkommende uttrykker og responderer på samtale, kan vanskeliggjøre førstehjelpsintervensjon. I slike tilfeller blir hjelperen stående alene igjen med et tungt ansvar.

Rusavhengige bruker gjerne selve rusen som en reguleringsmekanisme for det som er vanskelig. Men hva skjer når den rusavhengige mister denne muligheten – for eksempel som del av rusbehandling? En av informantene beskriver dette slik:

«Ja vi ser på rus som en mestringsstrategi for å håndtere det uhåndterlige, så når du tar vekk rusen, så kommer det uhåndterlige opp igjen. Og når man mister muligheten til rus, eller den ikke fungerer på samme måte som før, da har de en ny utfordring.. Hva gjenstår. Nå har jeg mistet alt annet, hva vil funke på meg da? Det som gjenstår er livet mitt. Det er en slags mestringsstrategi, selv om den er aldri så destruktiv da.»

4.3.2 Kollegastøtte: «Betydningen av Kollegastøtte»

I tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) jobber ulike yrkesgrupper sammen for å gi et best mulig rusbehandlingstilbud. Samtidig er det sannsynlig at disse ulike yrkesgruppene har ulik praksiserfaring og varierende opplæring om selvmord og selvmordsproblematikk.

Informantene ble bedt om å reflektere om egne erfaringer rundt denne problemstillingen. En av informantene uttrykker det slik:

«Vi var flere fra sammen avdeling som dro dit. Jeg var utrolig glad for at jeg var der sammen med noen jeg kjente. Jeg ble veldig nært knyttet til de jeg gikk på kurs samme med, fordi de var så åpne, og da kunne jeg også åpne meg. Vi fikk lære noe nytt og prøve det ut sammen med kollegaene mine.»

Å vite hvor grenseoppgangene for hvem som skal gjøre hva, kan være uklare. Kurset Førstehjelp ved selvmordsfare retter seg mot ulike yrkesgrupper som har ulik erfaring. Å være på kurs med kollega med ulik bakgrunn virker derfor ekstra klargjørende i forhold til videre samarbeid. Dette fremkom direkte i datamaterialet: *«For meg har det vært nyttig i forhold til hvem som skal ha ansvar for hva. Det å skille på ansvar. Hva er det jeg kan hjelpe til med? Hva kan du selv gjøre, og hva kan andre fagressurser gjøre».*

Flere av informantene deltok på kurs med sine kollegaer, noe de har opplevd som en fordel. De ble bedre kjent med hverandre sine styrker og svakheter og de kan lettere forutse hvordan en kollega vil respondere dersom de står ovenfor en person som er i fare for selvmord. To informanter uttrykker dette slik:

«Man blir så redd for å sitte alene i en sånn situasjon, man trenger teamet og alle kreftene i ryggen. Jeg skulle ønske at det var flere fra min avdeling som hadde kurset. Det ville ført til at jeg kunne gjort en bedre jobb med den selvmordsnære».

Å dele personlig bakgrunnsinformasjon krever mot, og deltakerne blir kjent med hverandre på andre måter, gjennom å dele profesjonelle og private erfaringer. *«Kurset vekket så enormt mange følelser og tanker, så vi gikk på kafe etterpå og snakka oss igjennom dagen. Debriefet oss rett og slett»*. Førstehjelp ved selvmordsfare legger opp til at kursdeltakerne skal bli kjent med egne holdninger, følelser og tanker rundt selvmordstematikk og dette drøftes og reflekteres det over i gruppen. Det er utfordrende å jobbe med perspektivet døden og livet. Å se og oppdage dette perspektivet kan være vanskelig. Det krever kunnskap å se og oppdage selvmordstanker, videre å vite hva man skal gjøre med det. *«Det er viktig at vi som jobber sammen får samme informasjon og opplæring. Da vet man hva man snakker om, og hva man skal gjøre. Dette bidrar til å kvalitetssikre arbeidet vårt»*.

4.3.3 Å hjelpe den selvmordsnære: «Det gjelder folk flest»

Pasienter i TSB kan være henvist fra andre deler av spesialisthelsetjenesten eller fra kommunehelsetjenesten. Det er vanlig at pasienter fra somatiske eller psykiatriske sykehus blir henvist til TSB for videre behandling dersom det avdekkes rusproblematikk. Dette viser at selve kartleggingen av rus og selvmordsproblematikk i seg selv er svært viktig. En av informantene uttrykker dette slik:

«Jeg jobber nå med to pasienter som kom direkte fra krisepsykiatrien på grunn av selvmordsforsøk. De var der bare i kort tid, før de oppdaget at de også hadde et rusproblem. Da ble de overført hos oss. Ja dette var første gang de var i behandling. De er nå begge glad for at de ikke greidde å gjennomføre handlingen. Nå er de behandling. Det går bra med dem, og jeg tror det er håp for fremtiden».

Det er mange måter å tilegne seg kunnskap om selvmordsforebygging på. Personlige erfaringer, utdanning og praksis vil for mange utgjøre summen av kunnskap. En av informantene uttrykker dette slik:

«Jeg husker at jeg tenkte at dette kurset skulle jeg hatt for lenge siden. Jeg jobbet mange år i psykiatrien, og hadde gjort mange selvmordsrisikovurderinger, men jeg hadde aldri fått en sånn oppskrift før, på hva du skal se etter, og hvordan du kan spørre. Dette var en grundig opplæring».

Kurset Førstehjelp ved selvmordsfare tilbys til alle som vil forebygge selvmord. Kurset tilbys som regel via arbeidsgiver som deretter formidler dette til aktuelle ansatte. For enkelte institusjoner tilbys kurset som en del av nyansattes opplæring. Kunnskap fra kurset er ment å øke kompetansen til den enkelte i arbeidssituasjonen, men kunnskapen kan like gjerne være allmenn. To av informantene uttrykker kursets anvendbarhet på følgende måte:

«For det var det jeg tenkte på med dette kurset, dette er et kurs alle burde hatt, alle som møte folk burde hatt, om du ikke jobber med folk, så har du en nabo og venner. Å ha den tryggheten, for du møter folk med selvmordstanker når som helst, ikke bare i jobbsammenheng. Altså dette handler ikke bare om de med et rusproblem. Det gjelder folk flest da. Det har med tap i livet- ikke bare høy-risikogruppene».

Informantene deltok på kurset sammen med andre kollega. På den måten ble de kjent med hverandre på nye måter. Gjennom å dele personlige opplevelser, følelser og tanker kom de nærmere hverandre, noe som kan ha bidratt til å se hverandre på en annen måte.

«Dette kurset fikk meg til å tenke på at vi ikke bare møter pasienter, men vi har kollegaer og vi har livene våre utenfor jobb. Og i jobben kan vi stå i ganske heftige ting. Det å ha en bevissthet på at vi selv har faser i livene våre som er vanskelige. Det å ha et øye for hverandre er like viktig. Det å gå dette kurset fikk meg til å tenke gjennom at vi på jobb står hverandre nært. På jobben fikser vi alt, men hvordan har du det på privaten?»

I jobbsammenheng finnes det standardisert spørsmål rundt selvmordskartlegging, og det føres avvik dersom dette ikke gjøres. I kurset reflekteres det rundt selvmord i profesjonelle og

private sammenhenger og en av informantene kommenterer dette slik: *«For meg er det vanskeligere å spørre om selvmord i mitt private liv. På jobben har vi en tydeligere rolle. Det sitter lengre inne å spørre om selvmord blant venner og familie».*

Kurset tar i bruk ulike pedagogiske og kognitive tilnæringsmåter. Kurset benytter en kombinasjon av tradisjonell undervisning, kombinert med det å trenes i å utforske den selvmordsnæres ambivalens, lytte til den selvmordsnære sin historie om død, støtte et vendepunkt og deretter forankre dette håpet i trygghet her- og nå. Kunnskapen har overføringsverdi til andre tema som kan være vanskelig å kommunisere om som disse informantene uttrykker slik:

«Jeg bruker det i hjemmet, i samtaler med barna mine i vanskelige tema, om det å prøve å være en trygg forelder. Når jeg snakker med barna mine, så er vi innom en variasjon av temaer, alt fra banale ting, til krig, overgrep og selvmord. For meg er alle slike tema blitt naturlig å snakke om. For meg er det viktig å være en trygg voksenperson som kan formidle at det er greit å snakke om dette. Det gjør meg tydelig og trygg som hjelper og som voksen. Jeg tror det blir lettere for den andre å være åpen tilbake da. Jeg har blitt mer modig, og det er ikke så farlig å snakke om dette temaet hvis det er situasjoner, privat også, om det handler om psykisk helse og utfordringer generelt. Så for meg har dette kurset vært med på å ufarliggjøre dette.»

Å miste en pasient i selvmord kan være noe av det mest dramatiske som kan skje for en terapeut. Å bli stående alene i en slik situasjon kan virke alvorlig inn på fremtidig yrkesutøvelse. Dette sier informantene om det å miste en pasient i selvmord:

«Noen ganger går det galt. Det er så viktig at vi er mange nok som kan noe om dette, sånn at vi får en felles bekreftelse på at det vi gjorde var riktig ut fra en felles forståelse. Det er så viktig.»

Avsluttende ba jeg informantene om frie innspill. Dette sier de uoppfordret:

«Jeg synes kurset var viktig, og jeg kunne ønsket meg et oppfriskningskurs. Fordi det er et veldig viktig tema. Kurset gjorde et sterkt inntrykk. Det er faktisk ikke noe annet kurs jeg kan gjøre rede for. Du møter problematikken over alt.»

4.3.4 Diskusjon - Implikasjoner for samarbeid

Funnene i undersøkelsen skal belyse hvordan rusterapeuter anvender kunnskap fra kurset Førstehjelp ved selvmordsfare. Informantene beskriver forsøk på å få til en lagfølelse med pasienten, men det kan være vanskelig å oppdage hva vedkommende strever med. De opplever at det har vært klargjørende og teambyggende å være på kurs med kollegaer og at har bidratt til å kvalitetssikre arbeidet. Pasienter med selvmordserfaringer kan komme til rusbehandling etter korte opphold i psykiatrien. Å miste kontakt med den selvmordsnære (eksempelvis vet at vedkommende skriver seg uplanlagt ut fra behandling eller telefonsamtaler hvor det blir «stille i den andre enden») skaper redsel hos informantene, fordi rusen av erfaring har vist seg å kunne spille en avgjørende rolle for utfallet. Selvmord rammer alle, men det kan være vanskelig å ha en tydelig rolle i sitt private nettverk. Å ha kompetanse på å utforske pasienters selvmordstanker har imidlertid vist seg å bidra positivt til det å tørre å utforske andre vanskelige tema. Informantene uttrykker et ønske om at de burde hatt denne kompetansen tidligere i karrieren. Noen ganger går det galt, men det er viktig å vite at hjelperen gjorde han eller hun kunne. Dette rapporteres som hovedfunn om implikasjoner for samarbeid. Gullsitater som jeg synes kaster et godt lys over problemstillinger er: «*Allianse med pasient*», «*Kollegastøtte og debrief*» og «*Å hjelpe den selvmordsnære*»

4.3.4.1 Selvmord og rus som forsvar

En stressaktivert hjerne trenger trygghet og hjelp til å takle de overveldende følelsene før de kan jobbes med kognitivt. Rus kan være et symptom på noe, eller det traumefeltet kaller et

smerteuttrykk. Personer som ruser seg gir uttrykk for at rusen er effektive strategier for å dempe uro, fylle en kaosfølelse eller for å fylle en tomhetsfølelse og kjenne at man lever. I mangelen på andre mer hensiktsmessige måter å regulere seg tilbake til Toleransevinduet, brukes rus som et virkemiddel til selvregulering. «*Dersom du tar vekk rusen, kommer det uhåndterlige opp igjen, rusen er en mestringsstrategi*». Dette forklarer at rusen sitter i «*overlevelseshjernen*», mens innsikten henvender seg til den logiske hjernen. (Nordanger m.fl. 2011)

På samme måte forklarer funnene mine at: «*Når rusen er borte, så er det bare valget om døden jeg har igjen*». Slik som rus, fungerer valget om livet/døden, som reguleringsmekanisme. For hjelpere krever dette at personen i fare trenger regulerende «*voksne*», med tålmodighet, og mot som kan støtte den selvmordsnære for ny-læring i det å holde ut de vanskelige tankene, slik at vedkommende selv lærer mekanismene for regulering. Informantene viser at de støtter seg til denne forståelsen og at kunnskap om dette kan gjøre det lettere for dem å være en regulerende voksne. Kunnskap om regulering og stabilisering av pasienter med selvmordstanker letter hjelperens evne til å kunne stå i vanskelig og alvorlige situasjoner på jobb.

4.3.4.2 Tverrfaglig spesialisert behandling – et nytt spesialistfelt.

I 2004 ga Stortinget spesialisthelsetjenestene ved helseforetakene ansvaret for å tilby diagnostisering, utredning og behandling av rusmiddelavhengige. Endringen innebar at tjenestene skulle være organisert tverrfaglig og spesialisert, det vil si kunne oppfylle kravene for helsetjenester på spesialistnivå. Rusreformen lanserte navnet Tverrfaglig spesialisert behandling som begrep. TSB omfatter tilbud om døgnbehandling, dagbehandling, poliklinisk behandling, øyeblikkelig hjelp og avrusning (Helsedirektoratet, 2019). Fagfeltet utdanner nå

leger og psykologer til russpesialister og tilbyr standardisert rusbehandling beskrevet i nasjonal faglig retningslinje for pakkeforløp.

Rusfeltet som spesialitet er et relativt nytt felt. Systemene og grunnlagsforståelsen er i vesentlig grad adoptert fra lignende felt som psykisk helsevern. Dette innebærer at rusfeltet som tidligere var preget av diakonal, omsorgsbasert grunnlagsforståelse, i mer eller mindre grad blitt inntatt av den bio-medisinske sykdomsforståelsen. Den bio-medisinske sykdomsmodellen er preget av sannsynlighetskunnskap over statistiske faktorer (Nettelton, 1995). Pasientene blir henvist fra andre deler av spesialisthelsetjenesten, «*fra krisepsykiatrien*», så snart det avdekkes spørsmål om rus. Det kan være en utfordring å fange opp pasientens reelle behov, når hjelpeapparatet blir spesialisert. Informantene beskriver at de samarbeider på tvers av tjenester, og at derfor kan være viktig å tenke helhetlig og likt når man skal hjelpe personer i eksistensielle kriser. For å oppnå mer likeart mellom psykisk helsearbeid, kommunehelsetjenesten og tsb, innføres nå pakkeforløp. Pakkeforløp skal standardisere behandlingen og jobbe ut fra pasientens perspektiv (Helsedirektoratet, 2017). Utfordringen for hjelpere i ulike tjenester blir å hjelpe pasienten med dens behov, og ikke bare løse oppgaven rundt pakken. Pakkeforløp forteller lite om innholdet i behandlingen, og det gjenspeiler viktigheten av god fagkunnskap og evne til å samarbeide om felles pasienter.

4.3.4.3 Faglig kvalifisert til selvmordsvurdering?

Kartlegging av selvmordsrisiko innebærer å spørre alle pasienter i psykisk helsevern om de har eller har hatt selvmordstanker eller planer, mens vurdering av selvmordsrisiko går ut på å iverksette behandlingstiltak. Kartlegging og utredning er basert på gjeldende forskning om risikofaktorer for selvmord. Både kartlegging og veiledning kan foretas av helsepersonell som har tilstrekkelig kompetanse (Helsedirektoratet, 2008). Retningslinjene peker med dette

ikke på eksplisitte yrkesgrupper som skal utføre kartlegging og vurdering, men underteksten sier at fagpersonell ikke skal gå ut over sin faglige kompetanse.

Forsvarlighetskravet til helsepersonell innebærer at helsepersonell skal utøve sitt arbeid i samsvar med faglig forsvarlighet, omsorgsfull hjelp og ut fra helsepersonell sine kvalifikasjoner jfr. kravet om faglig forsvarlighet i Lov om Helsepersonell §4. (1999) Den generelle regelen er at helsepersonell skal holde seg til sitt fagfelt, og ikke overstige faglige kvalifikasjoner. Ansvaret ligger på den enkelte yrkesutøver innenfor helsetjenesten, eieren og lederen av virksomheten. Det å «ikke overstige egne faglige kvalifikasjoner» vil fort bygge en grenseflate mot opplevd egenkompetanse, bla. ved kartlegging av selvmordsrisiko. Dette underbygges av kondensat fra informantene i foreliggende undersøkelse: *«Jeg har angst for å gjøre noe feil»*.

Å vurdere selvmordsrisiko kan derfor oppleves som et tyngende ansvar når det gjelder å gå inn i problematikken, eksempelvis gjennom at *«man blir så redd for å være alene i en slik situasjon, du trenger teamet i ryggen»*. Informanter i dette studiet gir bla. uttrykk for at det var betryggende å være på kurs sammen med kollegaer og at kurset har virket klargjørende med tanke på *«hvem som har ansvar i forhold til hva»*.

Begrepet «faglig forsvarlighet» kan slik det er beskrevet i loven virke noe uklart. Yrkesutøvere vil sannsynligvis oppleve seg kompetente i ulik grad, og det kan føre til at det blir vanskelig å finne grenseopp ganger i praksis. Noen kan oppleve en sterk faglig kompetanse, mens andre trenger mer støtte til å utforske og til det å «stå i vanskelige situasjoner». Denne ulikheten kom klart frem gjennom datamaterialet, hvor noen uttrykte at *«når jeg utforsker selvmord vil jeg forsikre meg om at jeg har en lege eller en psykolog i nærheten»*, mens andre oppga at de var trygge på *«dette var noe jeg kunne utforske på egen hånd»*. Dette forteller at det er viktig å finne felles arena der kollega kan diskutere og reflektere over faglige utfordringer -og styrker.

4.3.4.4 Rammer for yrkesutøvelse

Hvor du jobber i helse og omsorgstjenesten vil påvirke hvilken tilnærming hjelperen har til selvmord. I en døgnavdeling vil pasienten være mer beskyttet av ytre rammer, og behandlere har kollega de kan samarbeide med. I døgnbehandling vil behandlere ha mulighet til å intervensere gjennom døgnet ved behov. I en poliklinisk situasjon, må helsepersonell vurdere den totale situasjonen, og sikre at vedkommende har et støttende nettverk rundt seg evt. annen oppfølging. En informant gir uttrykk for at det kan være vanskelig å utøve faglig forsvarlig helsetjeneste til pasienter som ringer til behandlingstilbudet:

«Jeg er avhengig av å se kroppsspråket til den jeg snakker med. Da ser jeg hvordan vedkommende responderer på det jeg sier, og jeg kan lettere tolke vedkommendes signaler. Det verste er når vi får telefoner på natta. De er rusa, og langt nede i Whiskey-flaska. Så lenge praten er i gang, er det greitt, men hvis det plutselig blir stille».

Direkte kontakt gir et langt bedre bilde av situasjonen. I slike situasjoner er hjelperen avhengig av å samarbeide med annet personell gjennom å ta kontakt med nødetater.

Kunnskap fra kurset Førstehjelp ved selvmordsfare gir opplæring om nettverket som befinner seg rundt den selvmordsnære, og det kan være lettere å alarmere andre etater etter en slik opplæring.

Lov om Specialisthelsetjenesten §2-2 (1999) sier noe om rammene for helsepersonell. Dette stiller krav til opplæring og kompetanse. Bestemmelsen setter krav om at pasienter skal motta forsvarlige helsetjenester og at kravet fordrer planlegging, utbygging, organisering og vedlikehold og drift. Leder er ansvarlig for hvordan tjenesten er organisert, hvilken bemanning og kompetansesammensetning som trengs ut fra pasientens behov. Informantene sier dette om å delta på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare «Da vet man hva man snakker

om, og hva man skal gjøre. Dette bidrar til å kvalitetssikre arbeidet vårt». Personale får en felles forståelse og et felles språk gjennom en lik og felles opplæring. Studien understøtter at kurset kan bidra til samme forståelse av selvmordsproblematikk.

Flere informanter tar til orde for at det kurset har bidratt mest til, er det å bygge opp mot til å spørre og undersøke om selvmordstanker. Noen informanter gir uttrykk for at det har vært klargjørende å få vite at det å undersøke tidligere selvmordstanker og planer har vært hensiktsmessig, klargjørende og nødvendig for den selvmordsnære. Informantene gir også uttrykk for at de nå har større mot til å ta imot historien om selvmord, og at de har den tilstrekkelige kunnskapen til å håndtere dette.

4.3.4.5 Behov for endring av praksis?

Siden spesialisthelsetjenestene har endret seg, burde også de nye nasjonale retningslinjene for selvmordskartlegging også inkludere spesifikk behandling innenfor TSB. Walby (et.al 2018) har på oppdrag av Helsedirektoratet etablert et nasjonalt kartleggingssystem for selvmord under og etter kontakt med spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern og rus. Målet er å identifisere nye områder for forebygging av selvmord på systemnivå og evaluere effekten av tiltak. Kartleggingssystemet måler etter såkalte «risikofaktorer».

Som jeg tidligere har gjort rede for i teorikapittelet, så har risikofaktorene lav «treffsikkerhet», fordi de forekommer hos langt flere individer enn de som faktisk tar selvmord. Dersom risikovurderinger baseres på individnivå kan man få et stort antall falske positive, altså en overvurdering av risiko i forhold til faktiske selvmord. Det vil være lite kostnadseffektivt å sette inn tiltak på alle disse. På den andre siden får man et stort antall falske negative, som man ikke tror vil ta livet sitt, men som gjør det (Larsen, 2011). Dette gjør at det er vanskelig å vurdere risiko og sette inn effektiv hjelp for selvmord på individnivå. «Du må vite hva du skal gjøre med kartleggingen», er informantenes erfaring.

Denne kartleggingen i seg selv er etter min mening ikke tilstrekkelig. Den bør følges opp med metoder og ideer for det kliniske arbeidet med disse sårbare gruppene.

4.3.4.6 Formelt ansvar – opplevd ansvar

Det er fylkesmennene som er tilsynsmyndighet når en pasient eller en tidligere pasient har tatt livet sitt. Ansvar for å vurdere selvmordsrisiko ligger på systemnivå, men skyldfølelsen er en følelse som ligger mellom mennesker. Frykten for å miste en pasient i selvmord vil være noe av det vanskeligste en behandler kan oppleve. Når helsepersonell er i risiko for å miste en pasient øker det emosjonelle trykket og det vil oppleves som personlig belastende. I tilfeller hvor helsepersonell mister en pasient i selvmord er sjansen stor for skyldfølelse og «moralisk stress». En påfølgende skamfølelse er ikke usannsynlig, noe som kan få terapeuten til å trekke seg tilbake og isolere seg. Følelse av skyld kan imidlertid også få mennesker til å respondere, gjennom å snakke om en felles eller kollektiv skyldfølelse (Mesel, 2015). Rusterapeuter som benytter seg av kunnskap fra kurset Førstehjelp ved selvmordsfare, vil også kunne oppleve at pasienter tar selvmord. En av informantene har opplevd nettopp dette og uttrykte: «*Selv om han tok livet av seg, så er jeg glad for at vedkommende ble spurt*». Felles språk, felles forståelse bidrar til felles problemforståelse. Dette kan bidra til å lette det emosjonelle trykket som kan påvirke hjelperens evne til senere å intervensere ved selvmord. En tverrfaglig deltakelse kan bidra til å bli mer bevisste på overlappende ansvarsområder.

4.3.4.7 Oppmerksomme medmennesker

Informantene beskriver at kurset har gjort dem mer bevisste på at folk flest kan ha det vanskelig i perioder. «*Vi kan stå i ganske heftige ting på privaten, og kurset har minnet meg på å ha et øye med kollegaen min. På jobben fikser vi det, fordi vi er pålagt å spørre, men det*

er vanskeligere å spørre om selvmord på privaten. Jeg hadde bruk for kunnskap fra kurset bare 2-3 uker senere i forhold til en kompis.»

Barnes et.al (2001) gikk igjennom datamateriale fra 153 personer mellom 13- 34 år gamle som ble behandlet på akuttmottak i Houston, Texas, etter selvmordsforsøk. Studien målte om deltakeren hadde søkt om mental helsehjelp i den siste måneden, hvilken type hjelp og om selvmord hadde blitt diskutert gjennom behandlingen. Studien viste at venner og familie oftest var den gruppen selvmordsnære henvendte seg til (48%). Gruppen som søkte hjelp hos familie og venner, var den gruppen som også kunne snakke om selvmord til en profesjonell på et senere tidspunkt.

Denne studien konkluderer med at effektiv selvmordsforebygging krever økt handlingskompetanse hos hjelperne. Bruk av en mer direkte og modig kommunikasjonsform i møtet med den selvmordsutsatte vil øke sjansen for å forstå atferd og forhindre at pasienten tar selvmord. Det er videre et behov for å rette økt oppmerksomhet mot venner og familie som oftest er de som vil kunne fange opp tidlige signaler på selvmordsfare. Sammen vil dette kunne redusere antall selvmord i samfunnet.

4.4 Avsluttende diskusjon

Studiens hensikt var å få kunnskap om hvordan rusterapeuter anvender kunnskap fra kurset Førstehjelp ved selvmordsfare i praksis. 3 hovedkategorier og 8 subkategorier ble identifisert. Jeg har valgt å drøfte funnene med utgangspunkt i de 3 hovedkategoriene. Jeg hevdet å holde meg til psykologisk forståelse, men dette har jeg ikke gjort konsistent. For å få et overblikk over bakgrunnsfaktorer, antall selvmord og hvor mange som rammes, så måtte jeg se til oppsummert kunnskap om temaet. En slik vitenskap kan forstås som reduksjonistisk for å begripe selvmord i et større og dypere perspektiv.

Selvmondsbegrepet vil derfor være en diskusjon mellom ulike vitenskaper og fagforståelser. Dette kan bidra til å gjøre den som skal hjelpe blir forvirret og usikker. Skal tilnærmingen være manualbasert eller prosess-basert? I denne studien gir rusterapeuter uttrykk for å kartlegge for å vite, deretter ønsker de å hjelpe den selvmordsnære i en samtaleprosess. Kurset vil sannsynligvis komme til å være et tema til diskusjon for motstridende faggrupper innenfor selvmordsforebygging.

Gjennom denne undersøkelsen har jeg blitt oppmerksom på at rusbehandlere kartlegger for selvmord opptil flere ganger og de er kjent med de nasjonale kravene for forsvarlig behandling og oppfølging. Mitt inntrykk er at fokuset på kartlegging er velkjent og at det utføres regelmessig i henhold til de nasjonale føringene. Studien beskriver at det har vært mindre fokus på opplæring om hvordan hjelperne faktisk kan intervensere for å forhindre selvmord. Samtalen om selvmord må basere seg på forståelse av den selvmordsnære sine behov, kombinert med empati og respekt for det som formidles. Denne type interaksjon mellom to mennesker krever kunnskap og kompetanse om tematikken, og vil ta den tiden den selvmordsnære trenger for å komme til et vendepunkt. Denne intervensjonsprosessen er forsøkt beskrevet i en manual, men krever en annen ferdighet hos hjelperen, nemlig fleksibilitet.

Informantene forteller om sterke opplevelser i forbindelse med kurset Førstehjelp ved selvmordsfare. Rusterapeutene har mye erfaring i å utforske om selvmord, både i profesjonell og privat sammenheng. Denne studien er basert på et relativt stort datamateriale som belyser deres erfaringer på ulike måter.

Som tidligere nevnt, er selvmord vanskelig å predikere. Selvmordsforebyggende tiltak vil derfor være kostnadskrevenne etter vurdering om at det foreligger selvmordsfare. Det vil derfor være naturlig at norske myndigheter overvåker tiltakene både i forhold til økonomi og om den hjelpetrengende får den hjelpen den skal ha.

Kurset *Førstehjelp ved selvmordsfare* er godt evaluert, og jeg har ikke funnet studier som motsier mine funn. Metodene i kurset er velutprøvde, men det vil likevel være slik at kurset ikke passer for alle. Kurset åpner opp for muligheten for å utforske holdninger og bli kjent med erfaringer knyttet til selvmord. Deltakere kan kjenne at dette oppleves utrygt og usikkert på hva informasjonen skal brukes til hvis den ikke kommenteres. Noen deltakere kan ha forutgående sterke opplevelser med seg, og kan oppleve sterke reaksjoner dersom dette ikke ivaretas av kursholderne.

I intervjuene ble det fremhevet at informantene opplevde seg mer kompetent etter å ha deltatt på kurset. En utfordring til fagpersoner i feltet, er knyttet til å oppnå kompetanseløft på systemnivå. Kurset retter seg mot enkeltpersoner. Lederforankring og systematisk påmelding av personellgrupper vil sikre bedre implementering og overføringsverdi til praksisfeltet.

5. METODEDISKUSJON

For at kvalitativ forskning skal være troverdig, fremhever Silverman (2011) at forskningen vurderes med hensyn til reliabilitet og validitet. Data i denne studien er innhentet ved hjelp av semistrukturerte intervju i fokusgrupper og er basert på sitater og uttalelser fra informantene. I et semistrukturert intervju vil forskeren ta utgangspunkt i informantens selvforståelse, og dette er ikke eksakt viten (Thagaard, 2018). I denne prosessen vil det forekomme at informanten utelukker informasjon, bevisst eller ubevisst. I tillegg vil det sannsynligvis være mulige spørsmål som forskeren utelukker, noe som igjen vil påvirke konklusjonen i studien. Dette er en svakhet i kvalitativ forskning. Som forsker, kan det være vanskelig å forholde seg helt nøytral i intervjusituasjon. Det har vært helt nødvendig å være fleksibel, for at ikke viktig informasjon skulle gå tapt. Styrken er at samme person (jeg) har vært moderator for alle 3 fokusgrupper, samt selv foretatt enkeltintervjuet. I denne relasjonen var jeg forsker, men som

kursholder og ansatt i samme felt er jeg kjent med de språklige begrepene gjennom en felles faglig forståelse. Dette bidro til at jeg sannsynligvis fikk lettere tilgang på viktig data.

Forskningsprosessen er beskrevet punkt for punkt. Datamaterialet er gjennom transkripsjon gjengitt ord for ord, i den hensikt informanten har ønsket å uttale seg. Jeg har overfor informantene gjort rede for studiens hensikt og fremgangsmåten i prosjektet. Oppgavens troverdighet er ivaretatt gjennom beskrivelser av fremgangsmåte, og veiledning i forskningsprosessen. Studiens hensikt er å få økt kunnskap om hvordan kurset Førstehjelp ved selvmordsfare anvendes i praksis. Funnene kan sammenlignes med lignende studier.

Validitet handler om gyldighet og forskerens evne til å være kritisk til egne tolkninger (Thagaard, 2018). Validitet avdekker også hvorvidt forskeren spør om og beskriver det som undersøkelsen har som problemstilling. Ifølge Kvale og Brinkmann (2012) handler validitet om metodene som blir benyttet og forskerens integritet og troverdighet. I denne studien var det forskeren selv som var instrument og som samlet inn data. Formålet var å undersøke hvilke erfaringer informantene hadde gjort seg med bruk av kunnskap fra kurset Førstehjelp ved selvmordsfare. Interessen for problemstilling er kommet til gjennom egne erfaringer i kurslederrollen.

Teorien i dette prosjektet har tatt utgangspunkt i tidligere norske og amerikanske studier. En svakhet i studiene er at forskningen til dels er produsert av forskere tilknyttet Living Works, eller VIVAT- selvmordsforebygging. Sammenlignbare uavhengige studier, viser imidlertid samme funn.

Utvalget er basert på et representativt utvalg av rusterapeuter for å kunne belyse problemstillingen best mulig. Flere meldte positiv interesse for å delta, noe som forteller meg at de hadde opplevelser å dele. Det var ønskelig med et variert utvalg som hadde erfaring fra ulike deler av TSB, som hadde forskjellige typer helse og sosialfaglig utdanning, som har deltatt på ulike kurs, samt variasjon i alder og kjønn. Dette førte til at rekrutteringsprosessen

tok lengre tid enn planlagt. Styrken i det varierte utvalget ga flere nyanser i datamaterialet. Informantene arbeider på ulike avdelinger, i ulike deler av tjenestetilbudet, og ved ulike institusjoner. Data er samlet inn på informantenes arbeidssted, dette har sannsynligvis bidratt til å skape et trygt miljø, uten unødig stress. Utvalget består av 4 menn og 10 kvinner, og dette utvalget reflekterer godt kjønnsbalansen i denne delen av helsevesenet.

Studien er basert på 3 fokusgrupper og ett dybdeintervju. Fokusgruppene hadde ulik størrelse på 5, 3 og 6 deltakere. Dette ga meg en mulighet til å undersøke hva som egnet seg best og ga meg mest informasjon. I gruppen på 3 deltakere, ble deltakerne i større grad ansvarliggjort for å dele erfaringer, mens i gruppen på 5 og 6 deltakere, kunne flere deltakere i større grad velge å være mere passive. Fordelen med fokusgrupper er at funnene raskt rapporteres og har blitt godt belyst. Metoden er fleksibel, og det har vært mulig å undersøke bakenforliggende forhold i enkelt intervju. Ulempen med fokusgrupper er at deltakerne kan gi avkall på sine overbevisninger for å tekkes andre (Putchá og Potter, 2004). Fokusgrupper er godt egnet til å bedømme holdninger og informantens holdninger. I en større studie kan metoden brukes sammen med for eksempel en spørreundersøkelse for å få en bedre forståelse av hva deltakerne legger i visse begreper.

Jeg har valgt å legge et fenomenologisk vitenskapssyn til grunn for denne studien. Rusterapeutene deler sine erfaringer om bruk av kunnskap av kurset i praksis. De har beskrevet hvordan fenomenene har fremstått fra deres opplevelser og perspektiv. Vi vet derfor ikke noe om hvordan disse menneskemøtene egentlig har vært, men som forsker må man være lojal mot deres erfaringer.

Som kritikk kan man som forsker være for pågående, og etterspørre informasjon, som vedkommende kan synes for intimiderende. Kvale og Brinkmann (2012) tar til orde for at informasjon om konfidensialitet og trygge rammer i intervjusituasjon skaper trygghet til åpne seg, snakke fritt og fortelle om opplevelser uten at dette skal få konsekvenser for ettertiden.

En språklig måte å undersøke dette på er å spørre underveis: «*Har jeg forstått deg riktig, når du sier?*» På bakgrunn av min forforståelse, og egne erfaringer, kan jeg ubevisst ha gått glipp av informasjon, i den tro at jeg har forstått informanten riktig.

Fokusgruppeundersøkelser gir en begrenset verdi fordi den ikke kan generaliseres, siden dynamikken i fokusgruppen er avhengig av samhandlingen og kommunikasjonen mellom deltakerne som er tilstede i gruppen på det angitte tidspunktet. (Therlfall, 1999). Svakheten var at 1/3 informantgrunlaget hadde gått på kurs for over 5 år siden. Dette gjorde at de husket færre detaljer. Helhetsinntrykket mitt var at informantene delte både profesjonelle og personlige historier og opplevelser knyttet til erfaringer om bruk av kunnskap fra kurset.

Formålet med denne studien har vært å frembringe kunnskap om deltakernes praksiserfaringer med bruk av kunnskap fra kurset Førstehjelp ved selvmordsfare. Studien har vært induktiv og deskriptiv, og det har ikke vært en intensjon om å teste hypoteser. I forskning anses objektivitet som et mål på kvalitet. Objektivitet kan forstås på mange måter, men jeg velger å støtte meg til Kvale og Brinkmanns (2012) sin definisjon av refleksiv objektivitet, der det beskrives at forskere innen kvalitativ forskning reflekterer over eget bidrag innen produksjonen av kunnskap og streber etter objektivitet om subjektivitet.

I responsive evalueringer er man opptatt av å få frem deltakernes subjektive meninger gjennom vektlegging av temaer, språk og situasjonsbeskrivelser. Denne type tilnærming kritiseres fordi den kan virke for induktiv eller for subjektiv (Sverdrup, 2014). Denne type evaluering er ikke opptatt av spesielle virkningsmønstre, som innebærer klare virkninger, eller muligheten til å trekke klare konklusjoner. Min intensjon for denne studie er å beskrive deltakernes livsverden, og denne type evaluering egner seg godt til dette formålet.

Funnene kan vekke gjenklang hos lesere med kjennskap til fenomenene som ble studert. Studiens omfang vurderes ikke å kunne gi grunnlag for overførbarhet til andre

studier. Målet for denne studien var å beskrive rusterapeutenes erfaringer med bruk av kunnskap fra kurset Førstehjelp ved selvmordsfare i sin praksis, ikke å få bekreftet eller avkreftet mine hypoteser.

Den siste delen av analysen er preget av tolkning, samtidig som jeg har vært min forforståelse bevisst. Det er vanskelig og problematisk å vurdere effekten av kurset Førstehjelp ved selvmordsfare rent lineært. Derfor stiller jeg spørsmål om: *I hvilken grad har min forskning på dette tema ført til fordeler, verdier, betydning og effektivitet?* Ved å benytte meg av responsiv evaluering har jeg brukt meg selv som fagperson og trolig påvirket informantenes syn på bruken av kurskunnskap i praksis. Jeg har vært oppmerksom på min kunnskap og mitt engasjement, men min intensjon har vært å bidra til å øke kunnskap om temaet. Selv om jeg har vært bevisst min rolle, har det vært nødvendig for datainnsamlingen å vise nærhet og involvering.

6. VIDERE FORSKNING

Som jeg har vært inne på, vet vi ganske mye om hvor mange som dør i selvmord hvert år. Vi vet hvor mange som blir behandlet i helsetjenesten etter selvmordsforsøk og tallene kan gi oss en pekepinn på hvor mange mennesker som et selvmord berører. Å miste en pasient er selvmord er en påkjenning. Vi vet ikke hvor mange som dør i selvmord som har et rusproblem. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord (2018) har kartlagt enkelte psykiatriske diagnoser, men ingen rusdiagnoser. Er rus fremdeles underdiagnostisert, eller undervurderes rus som risiko?

Det vi også vet lite om, er hvor mange som faktisk blir reddet. Hvor mange livreddende intervensjoner har blitt gjennomført? Hva har hjelpen ført til for den selvmordsnære og hva har dette ført til for den som utførte førstehjelpsintervensjonen?

Det vil være interessant å få kunnskap om hvordan kurset virker inn på de som mottar førstehjelp ved selvmordsfare i en randomisert kontrollert studie. For å følge opp denne studien, vil jeg foreslå at flere rusbehandlere deltar på kurset Førstehjelp ved selvmordsfare, som følges opp av ytterligere forskning for å se om funnene kan repliseres på andre felt.

7. KONKLUSJON

Oppgavens tittel: *Livreddende rusterapeuter*, tar utgangspunkt i internasjonal og nasjonal forskning. Jeg har imidlertid valgt å innsnevre forskningsfeltet til hvordan rusbehandlere anvender kunnskap fra kurset. Ansatte i rusbehandling finner kurset nyttig. Man kan stille spørsmålsteget om opplæring innenfor selvmordsforebygging er for dårlig innenfor de ulike fagdisiplinene. Deltakerne kjenner seg igjen i eksemplene som er gitt i kurset, selv om det ikke er direkte eksempler fra rusfeltet.

Å kartlegge selvmordsfare er krevende. Som prosedyre for innleggelse og utskrivelse i rusbehandling, vil det ikke føre til noe annet enn å forenkle en kompleks situasjon. Selv om prosedyren er fullført, kan det gi en falsk trygghet, og kartleggingen i seg selv vil ikke være tilstrekkelig til å få nok kunnskap om selvmord. Førstehjelp til selvmordsfare er et nyttig supplement til fastlagte prosedyrer. Til å få mulighet til å undersøke situasjonen mer nyansert og til å avvike fra prosedyren når fagmessig skjønn må benyttes.

Denne studien inkluderer informasjon fra 14 informanter fra ulike deler av spesialisthelsetjenesten for rusbehandling. Dette utvalget er representativt for å kunne belyse oppgavens problemstilling. All informasjon er subjektivt formidlet. Jeg kan ikke hevde at disse funnene er valide utover denne gruppen. Kurset Førstehjelp ved selvmordsfare gis i form av en standardisert opplæring, så det er grunn til å anta at funnene i noen grad kan repliseres.

Oppgaven tar til orde for å undersøke rusterapeuter sine erfaringer. Kunnskapen benyttes ikke bare i sin arbeidspraksis. Funnene i studien viser også at kunnskap fra kurset brukes på andre livsområder, blant venner og familie og til å utforske andre tema. Det viste seg nyttig for meg å få frem dette i denne studien. Dette bidrar trolig til at kunnskap fra et kurs tatt i arbeidssammenheng kan virke nyttig i andre sammenhenger og relasjoner. Kunnskap fra kurset øker med dette rekkevidden og kan virke forbyggende i et større perspektiv.

Det er umulig å predikere om kurset Førstehjelp ved selvmordsfare virker inn på selvmordsraten, men funn fra studien viser at deltakere føler seg mer modige, offensive og tryggere når de intervensjoner ved selvmord.

Litteratur

- Andriessen, K. (2011). *On "The Intention" in the Definition of Suicide*. First published. 07 January 2011. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*/ vol 36, Issue 5
- Barnes, L.S, Ikeda R.M & Kresnow, M. (2001). *Help-seeking behavior prior to nearly lethal suicide attempts*. *Suicide and life-Threatening Behaviour*, 32 (Supplement).
- Beck, A.T & Steer, R.A & Brown G. K. (1996) *Manual for the Beck Depression Inventory- II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Conner, K., Beautrais, A. Conwell, Y. (2006). *Moderators of the Relationship between Alcohol Dependence and Suicide and Medically Serious Suicide Attempts: Analysis of Canterbury Suicide Project Data*. First published 03 May, 2006
<http://doi.org/10.1097/01.ALC0000075820.65197.FD>
- Creswell, J.W. (2013). *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches*. Los Angeles: SAGE
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5 utg. Gyldendal Forlag
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode. En kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlag.
- Derogatis L.R. (1983). *Administration, scoring and procedures manual*. 2.utg. New York: Clinical Psychometric Research.
- Dysthe, O., Hoel T., L., og Hertzberg, F. (2010). *Skrive for å lære: Skrivning i høyere utdanning*. 2 utg. Oslo: Abstrakt
- Ekeberg, Ø. & Hem, E. (2016). *Praktisk selvmordsforebygging*. Gyldendal Akademisk.
- Farberow, N., L & Schneidman, E.S (1961) *The Cry for help*. New York : McGraw-Hill book Company
- Fleisher, E (1999). *Selvmordscenesettelse som talehandling*. S. 36-60 i :Beskow , B.E Eriksson & N.Nikku (red) *Sjålv-mordsbeteende som språk*. Uppsala: Forskningsrådsnemnden
- Folkehelseinstituttet (2018). Nettpublikasjon <https://www.fhi.no/Nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser>. Oppdatert 14.05.2018
- Forebygging.no (2019). Nettpublikasjon. <http://www.forebygging.no/ordbok/q-a/tidlig-intervensjon/> Hentet 17 mars, 2019
- Føyn, P., & Shagani (2010). *Psykodynamisk behandling av ruslidelser*. Oslo Universitetsforlaget
- Gjersing L., Biong S, Ravndal E, Waal H, Bramness J, Clausen T.(2011). *Dødelige overdoser I Oslo 2006- 2008 en helhetlig gjennomgang*. Oslo. Senter for rus og avhengighetsforskning,

- Institutt for psykiatri, UIO 2011. Rapport 2/2011 Tilgjengelig fra*
<http://ww.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2011/nedlastninger/seraf-rapport-2-2011-dodelige-overdoser-i-oslo-2006-2008.pdf>
- Gullestad, S., Killingmo, B. (2005). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo. Universitetsforlaget
- Guttormsen, T., Høifødt, T. S., Silvola, K., & Burkland, O. (2003). *Førstehjelp ved selvmordsfare- en evaluering*. Tidsskriftet Den norske legeforening., 16 (123), 2284- 2286.
- Goncalves,B., Perra, N., & Vespignani, A. (2011). *Vallidation of Dunbars number.in Twitter conversations*. Article in Plos One Aug. 2011.
- Gould, M., S., Cross, W., Pissani, A., R. Munfah, J., K.L. & Kleinman, M. (2013). *Impact of Applied Suicide Intervention Skills Training on the National Suicide prevention Lifeline*. Suicide and life- Treathening Behaviour, 43 (6) 676- 691
- Halvorsen, K. (1993) *Å forske på samfunnet. En innføring I samfunnsvitenskapelig metode*. Cappelen Damm akademisk.
- Helsedirektoratet (2017).<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/seksjon?Tittel=ulike-tjenesteniva-parusfeltet-9256>. Hentet 15.03.19
- Helsedirektoratet (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Sosial –og helsedirektoratet. Oslo
- Helsedirektoratet (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2017). *Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*.
- Helsedirektoratet. (2015). *Prioriteringsveileder for Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*.
- Hjelmeland, H., Hagen, J., Espeland, K, Nygaard T., U og Knizek, L. B. (2018). *Retningslinjer forebygger ikke selvmord*. Tidsskrift for den norske legeforening, publisert 12.06.2018
- Hjelmeland, H.Knizek, B., L (2013). *Hva er meningen? Selvmord som kommunikasjon* Sosiologi i dag Årgang 43. Nr 1/2013 s 7- 30
- Hovda KE, Bjorneras MA, Skog K, Opdal A, Drottning P, Ekeberg O et.al. (2008). *Acute poisonings treated in hospitals in Oslo: a one-year prospective study (I): Pattern of poisoning*. Clin Toxicol (phila) 2008; 46 (1): 35-41

- HUNT (2006). *Folkehelsen I Nord Trøndelag Nr 3*. HUNT forskningscenter, Institutt for samfunnsmedisin. Det medisinske fakultet NTNU
- Isaac, Elias, Katz, Belik, Deane, Enns, Saren, (2009). *Gatekeeper Training as a Preventive Intervention for Suicide: A systematic Review*. The Candian Journal of Psychiatry, Vol 54, No 4 April 2009
- Johannesen, A., Tufte, P., A& Christoffersen, L.(2011). *Introduksjon til Samfunnsvitenskapelig metode (4 utg.)* Oslo. Abstrakt forlag.
- Jobes, D., A & Drozd,J.,F.(2004). *The CAMs approach to working with suicidal patients*. Journal of Contemporary Psychotherapy, Vol 34 (1) 73-85
- Kaiser, M. (2000). *Hva er vitenskap?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Kindersly, D. (2009). *First aid manual: 9 edt*. ISBN 978 1 4053 3537 9.
- Kunøe, N. (2018). *Hva er rusbehandling?* Norsk psykolog forening. 01.02.2018
- Kitzinger, J.og Barbour, R., S., I: Barbour, R.S. og Kitzinger (red) *Developing Focus Group Research. Politics, Theory and Practice*. London; Sage Publications.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2 utg. Gyldendal akademisk.
- Larsen, K. (2011). «*Det værste som kan skje...*» Profesjonelle reaksjoner på selvmord hos pasienter. RVTS. Øst
- Larsen, K., Qin, P. (2018). *Personalets kjennskap og holdninger til retningslinjer og prosedyrer for selvmordsrisikovurdering i psykisk helsevern*. Fagartikkel. Suicidiologi nr 3/2018
- Lov om Helsepersonell (1999). Helse og omsorgsdepartementet. Lovdata
- Lov om Spesialisthelsetjenesten (1999). Helse og omsorgsdepartementet. Lovdata
- Lossius. K. (Red) (2011). *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo. Gyldedal. Akademisk.
- Madsen, B., T., Tallaksen, D., W (2017). *Kurset «Førstehjelp ved selvmordsfare»- Noe mer enn et førstehjelpskurs?* Tidsskrift for psykisk helsearbeid. 02/2017 (volum 14)
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3 utgave. En innføring. Oslo: Universitetsforlaget. AS
- Meehl P,P (1954). *Clinical versus statistical prediction. A theoretical analysis and review of the literature*. Minneapolis. University of Minnesota. Press.
- Mehlum. L & Sjøbu (Red) (1999/2014). *Tilbake til livet: Selvmordsforebygging i teori og praksis*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS

- Mesel, Terje (2015). *Når noe går galt*. Cappelen Damm, akademisk
- Misher, E.G. (1986). *Research interviewing- Context and narrative*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mørland, J (2003). *Biologiske virkningsmekanismer og noen kliniske effekter av alkohol*. Tidsskrift for den norske legeforening. 2003; 123:180-4
- Nesvåg, s., Scott, B.,E., Holter, K., H., Myhre, C., Moe, M. og Njå , A., L. (2017). *Drop out fra langtids døgnbasert rusbehandling*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. 02/2017
- Nettelton, S. (1995). *The sociology of Health and Illness*. London. Polity Press.
- Nordanger, D., Braarud, H.,C.Johansen, V., J. & Albæk (2011) *Developmental trauma disorder: En løsning på barnpsykologifeltets problem?* Tidsskrift for nors psykologiforening. 48, 1086- 1090
- Norstrom, T. (2013). *Samband mellan alcohol och självmord på befolkningsnivå: En oversikt I Suicidologi*, nr 3 2013.
- Patton, M., Q. ((2002). *Qualitative Research &Evaluation Methods*. Thousand Oaks, California: Sage publications, Inc.
- Pokorny, A., D. (1993). Suicide prediction, revisited. *Suicide and Life- Threathing Behaviour.*, 23, 1-20
- Putcha, C. & J.Potter (2004). *Focus Group Practice*. SAGE Publications
- Ramsey, R. (2004). *Nye utviklingstrekk I opplæringsprogrammet Førstehjelp ved selvmordsfare*. Suicidologi, 9 (3), 1020.
- Rettstøl, N., Ekeberg, Ø., Mehlum., L.(2002). *Selvord- et personlig og samfunnsmessig problem*. Gyldendal akademisk forlag.
- Ringdal, K. (2012). *Enhet og mangfold*. Fagbokforlaget
- Rodgers, P. (2010). *Review of the Applied Suicide Intervention Skills Training Program (ASIST)*. Rationale, Evaluation Results, and Directions for Future Research. Living Works Education.
- Rossow, I (2013). *Sammenhenger mellom alkoholbruk og suicidal adferd på individnivå*. En oversikt i Suicidologi nr 3 2013
- Rossow, I. Jørgensen, R.(2013). *Suicidal adferd blant alkoholmisbrukere: Omfang, kjennetegn og videre oppfølging*.i Suicodologi nr 3 2013
- Sheehan, J., Janavs, K., Harnett- Sheehan, M.Sheehan, C. Gray.(1992). University of South Florida College of Medicine- Tampa, USA
- Schneidman, E. (1993). *Suicide and Psychache. A clinical approach to selfdestructive behaviour*. Northvale: Janson Aronson

- Schneidman, E. (1985). *Definition of Suicide*. New York: Wiley.
- Siegel, D., J (2012). *Developing Mind*. Second Edt. New York. Guildford Publications
- Silverman, David (2011). *Interpreting Qualitative data*. A Guide to Principles of Qualitative Research. 4 utg. SAGE London
- Silva, C., Smith, A., Dodd, D., Covington, D., W. Joiner, T. (2016). *Suicide related Knowledge and Confidence Among Behavioral Health Care Staff in Seven States*. Published online 15 June 2016. Psychiatry Online
- Silvola, K., Høifødt, T., S., Guttormsen, T. og Burkeland, O. (2003). *Kurset førstehjelp ved selvmordsfare*. Tidsskriftet for den norske legeforening. 16.
- Skårderud, F. (1999). *Uro, en reise i det moderne selvet*. Ascheoug
- Smith, J., M. Alloy, L., & Abramson, L., Y (2006). *Cognitive vulnerability to depression, rumination, hopelessness, and suicidal ideation: Multiple pathways to self-injurious thinking*. Suicide and life-Threatening Behaviour, 36 (4), 443- 454
- Snyder J., A (1971). *The Use of Gatekeeper in crisis management*. Bull Suicidology. 1971; 8: 39-44
- Spilhaug, G. (2018). *Rettighetsvurdering og koordinering av pasientforløp*. Rapport fra arbeidsgruppe til Nasjonalt RHF nettverk TSB
- Statens helsetilsyn (1995) *Prosjektplan og handlingsplan mot selvmord 1994-1998*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Stengel E. (1967). *Suicide and attempted suicide*. London: Penguin books
- Stifneos, P. (1966). *Manipulative suicide*. Psychiatric Quarterly 40. 525- 537
- St.Melding. nr. 47 (2008- 2009). *Samhandlingsreformen- Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. Regjeringen.no
- Stone, D. (1979). *Physicians as gatekeepers: Illness certification as a rationing device*. Public Policy Quarterly 1979; 27: 227-54
- Store medisinske leksikon (2018). Nettpublikasjon. <https://sml.snl.no>. Hentet 15.02.2019
- Sverdrup, S. (2014). *Evaluering, tilnærminger, modeller og eksempler*. Gyldendal Akademisk.
- Søberg, A., I., B & Kjørven Haug, S., H. (2018). «*Existential themes in the treatment of people at suicide risk. Understanding and practices of specialist healthcare professionals*». Mental Health, Religion & Culture, Volume 21, 2018.
- Tallaksen, Bråten og Tveiten (2013) .*You are not particularly helpful as a helper when you are helpless. "A qualitative study of Public Health Nurses and their professional competence related to suicidal adolescents*. Vård I Norden. 33 (1) 46-51

- Tallaksen, D.W & Lindmark, J. (2013). *Godt utført førstehjelp kan representere et vendepunkt for personer med selvmordstanker*. *Suicidiologi* årg 18, nr 1. s. 30-33
- Thagaard, T.(2018). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (5 utg). Oslo: Fagbokforlaget
- Threlfall, K., D (1999). *Using focus groups as a consumer research tool*. Old Dominion University Norfolk, Virginia, USA
- Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder I praksis*. Gyldendal Akademisk Norsk forlag.
- Turley, B. & Tanney (1998). *Living Works Australian Field Trial Evaluation Report on Suicide Intervention. Field Trial Australia*. (SIFTA) Australia. Living Works. Australia inc. & Living Works Education inc.
- Vatne, M., Nåden, D. (2018). *Jeg ville dø, men er glad jeg lever*. En studie av pasienters refleksjoner etter selvmordsforsøk. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 01/2018 (volum 15)
- VIVAT Selvmordsforebygging (2016). *Førstehjelp ved selvmordsfare. Kursmanual*. Tromsø:VIVAT selvmordsforebygging
- VIVAT Selvmordsforebygging (u.å) Hentet 27,10.2018 fra <http://vivatselvmordsforebygging.net>
- Walby & Ness (2012). Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern-erfaringer og utfordringen videre. *Suicidiologi* 17, s 19-21. Tilgjengelig på: <https://www.journals.uio.no/index.php/suicidiologi/article/view/2119/1982> (lastet ned 11.03.2019)
- Walby F., A., Myhre, M.,ø., Kildahl A., T. (2018) *Selvmord I psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008-2015- en nasjonal registerstudie, nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*, hentet fra [www. Uio.no/kartleggingssystemet](http://www.uio.no/kartleggingssystemet).
- Watzlawick,P.,Bavelas, J.,B., Jackson, D., D (1967). *Pragmatics of human communication. A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes*. New York: W.W Norton and Company
- WHO (2017). Nettpublikasjon: <https://www.who.int/mental-health/prevention/suicide/suicideprevent/en/>. Hentet 29.05.19
- Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper- om fokuserende gruppeintervjuer som undersøkelsesmetode*. Lund. Studentlitteratur, Sverige.
- Wilkinson S.(1998). *Focus Group Methodology: a review*. *International Journal of Social Research Methodology*, 1:3, pp. 181- 203

Wilcox, H.C., Conner K.R, Caine E.D. (2004). *Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide; an empirical review of cohort studies*. Drug Alcohol Depend. 2004; 76 (suppl 1) :S11-9

Østeli, K.(2018). *Listening to suicidal patients in psychotherapy: How therapeutic relationships may expand patients prospects for living their lives*. Doktorgradsavhandling. Universitetet I Oslo

Aarre, T. (2018). *En mindre medisinsk psykiatri*. Universitetsforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1: Vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vedlegg 2: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt og samtykkeskjema

Vedlegg 3: Intervjuguide