

Kurset «Førstehjelp ved selvmordsfare»

Noe mer enn et førstehjelpskurs?

Bjørn Tschudi Madsen
madsenbt@online.no

Dag Willy Tallaksen
dagwilly.tallaksen@hioa.no

Sammendrag

I Norge dør mellom 500 og 600 mennesker i selvmord hvert år. Mange personer med selvmordstanker er i kontakt med NAV. Kurset «Førstehjelp ved selvmordsfare» i regi av VIVAT selvmordsforebygging kan bidra til økt kompetanse i å identifisere og hjelpe personer med selvmordstanker. Studien har til hensikt å utvikle kunnskap om hvilken betydning førstehjelpskurset har og har hatt for NAV-ansatte i møte med personer med selvmordstanker. Funn tyder på at kurset gir informantene en opplevelse av økt mestring. Informantene gir uttrykk for å oppleve økt evne til å ta ansvar i disse relasjonene, men også økt vilje til å følge opp personene over tid.

Nøkkelord: selvmordstanker, NAV-ansatte/offentlig førstelinje, Førstehjelp ved selvmordsfare, mestring, utholdenhet

Abstract

Approximately 550 Norwegians die in suicide every year. Many persons with thoughts of suicide are in contact with Norwegian Welfare Authorities (NAV). The ASIST workshop can help to provide participants with increased competence in identifying and helping persons with suicidal ideation. The study intends to develop knowledge about the impact the workshop has had on NAV employees in meeting people with suicidal ideation. Findings indicate that the training gives the informants an experience of improved professional mastery, and better ability to take responsibility in these relations. They also feel more competent in supporting these persons in a long-term perspective.

Keywords: thoughts of suicide, NAV staff, suicide intervention, mastery, perseverance

Bakgrunn

Verdens Helseorganisasjon (WHO) opplyser at det i hele verden hvert år dør mer enn 800 000 mennesker i selvmord (WHO, 2016). Dette bekrefter at selvmord er et betydelig folkehelseproblem. I Norge dør mellom 500 og 600 mennesker hvert år i selvmord, mens 4000–6000 personer gjør forsøk på å ta sine liv (FHI, 2012).

Å forebygge selvmord er utfordrende, men mulig. Forholdene rundt hvert selvmordstilfelle er unikt; det som kan virke forebyggende i ett tilfelle, har ikke nødvendigvis den samme forebyggende effekten i et annet. At forekomsten av selvmord er relativt lav og årsakene sammensatte, gjør det vanskelig å få et evidensbasert grunnlag for å forutsi hvem som vil ta sitt liv (Paris, 2006).

Å yte førstehjelp ved selvmordsfare krever kunnskap og kompetanse, slik det også er påkrevet ved f.eks. hjerte-/lungeredning. I møte med personer i selvmordsfare bør hjelperen legge vekt på å etablere en trygg relasjon, og det anbefales å spørre direkte om personen har tanker om selvmord (LivingWorks, 2016). Individuelt fokus er avgjørende. De som intervensjoner i slike situasjoner, må ha kompetanse til å vurdere hva de selv kan og bør gjøre, og når det er riktig å henvise til helsevesenet for videre oppfølging.

For å kunne yte førstehjelp ved selvmordsfare må den som er i fare identifiseres gjennom individuelle samtaler. Dette er en oppgave helsevesenet alene ikke kan klare. Mange nasjoner har derfor inkludert opplæring og innsats fra såkalte «gatekeepere» i sine selvmordsforebyggende strategier (Mann et al., 2005). Dette er personer som er skolert i å identifisere selvmordsnære

mennesker, gi nødvendig umiddelbar førstehjelp samt henvise til videre behandling. Gatekeepere kan være personalansvarlige, idrettsledere, politi, militære, lærere mv. Mange ansatte i NAV kan betraktes som gatekeepere, og med riktig kompetanse vil de kunne utgjøre et viktig bidrag i selvmordsforebyggende arbeid.

Omfanget av personer med selvmordstanker som kommer i kontakt med NAV, er ukjent. Den foreliggende studien bekrefter at ansatte i NAV møter brukere med selvmordstanker. Dette bekreftes av at NAV i 2015 har kommet med interne retningslinjer for håndtering av trusler om selvmord og selvskading (NAV, 2016).

Forskning viser at når gatekeepere har fått opplæring og er i en formalisert rolle med klare retningslinjer for henvisning av selvmordsnære personer, kan de bidra til redusert selvmordsatferd (Isaac, Elias, Katz, Belik, & Deane, 2009; Mann et al., 2005; Paris, 2006). Verdens Helseorganisasjon anser gatekeepere og treningsprogrammer for disse som viktige bidrag for å nå nasjonale mål innen selvmordsforebygging (WHO, 2012).

I Norge har personer i gatekeeperroller siden 1998 hatt mulighet for opplæring gjennom kurset «Førstehjelp ved selvmordsfare» som er finansiert av Helsedirektoratet. Målsettingen er å gi økt kompetanse i å identifisere og møte mennesker med tanker om å ta sitt liv. Kurset krever ingen forkunnskaper, og intervensjonstrening er tillagt stor vekt. I «Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017» (Helsedirektoratet, 2014) er kurset beskrevet som virkemiddel i 2 av planens 29 tiltak.

Førstehjelpskurset bygger på det kanadisk-utviklede undervisningsprogrammet ASIST (Applied Suicide Intervention Skills Training). Det er et intensivt og tverrfaglig kurs som går over to påfølgende dager, og det ledes av personer utdannet i regi av VIVAT Selvmordsforebygging. Kurset inneholder forelesninger, filmer, diskusjoner, erfaringsutveksling og praktiske øvelser. Kunnskap og holdninger vektlegges sammen med innlæring av ferdigheter. Ressurser i nærmiljøet samt samhandling mellom ulike etater og fagmiljøer behandles også. Dette er i dag blant de mest anvendte selvmordsforebyggende opplæringsprogram på verdensbasis (Living Works Education, 2014; Ramsay, 2004). I Norge har mer enn 30 000 personer gjennomført førstehjelpskurset; på verdensbasis har kurset hatt mer enn 1 million deltakere (Living Works, 2016). Mange ansatte i NAV har gjennomført kurset.

Kurset er evaluert i Norge flere ganger (Silvola, Høifødt, Guttormsen, & Burkeland, 2003; Sosial- og helsedirektoratet, 2007; Tallaksen & Lindmark, 2016), og det har vært gjenstand for flere internasjonale evalueringer (Deolev R et al., 2008; Rodgers, 2010). Evalueringene viser at deltakerne har gjennomgående positive erfaringer med det faglige og pedagogiske innholdet kurset formidler.

Målet med den foreliggende studien var å utvikle kunnskap om hvilken betydning kurset «Førstehjelp ved selvmordsfare» har og har hatt for ansatte i NAV/offentlig førstelinje i deres møte med selvmordsnære brukere. Kurset er ikke en del av NAVs opplæringsprogram, og deltakelse på kurset avhenger av den enkelte medarbeiders interesse.

Metode

Studien etterspør dybdeforståelse basert på informantenes egne erfaringer og fortolkninger av disse. Det foreligger lite forskningsbasert kunnskap om selvmordsforebygging i NAV. Det ble derfor vurdert formålstjenlig å anvende kvalitativ metode med et eksplorative, fortolkende og fenomenologisk design. Målet var å få innsikt i NAV-medarbeidernes egne opplevelser i møte med personer med selvmordstanker, og det var da hensiktsmessig å samle inn data ved hjelp av kvalitative intervjuer.

Selv mord er for mange fortsatt et tabubelagt område (Hjelmeland, Dieserud, Dyregrov, & Knizek, 2010; Hjelmeland & Knizek, 2010). Samtaler i gruppe med en trygg atmosfære kan legge til rette for god gruppedynamisk interaksjonsprosess, og det kan gi et bedre grunnlag for en faglig og utviklende diskusjon enn gjennom enkeltintervjuer (Lerdal & Karlsson, 2008). Fokusgruppeintervjuer ble valgt som datainnhentingsmetode. Metoden er godt egnet til utforskning av tema som oppfattes som utfordrende. I intervjuene legges det vekt på å skape et klima for reell meningsutveksling for på den måten å få fram synspunkter som enkeltintervjuer vanskelig kan fange opp. Studiens hensikt er å utvikle kunnskap basert på de ansattes egne erfaringer og fortolkning av disse (Malterud, 2012; Patton, 2002). I en fokusgruppe er det ikke noe mål om å oppnå enighet, ei heller uenighet, og noe av metodens styrke er å skape og utnytte spenningen i feltet mellom uenigheter og motsetninger (Patton, 2002).

Med utgangspunkt i studiens mål, ble det utarbeidet en intervjuguide for å sikre at ønskede områder ble belyst og unngå å bli sittende med større datamengder uten rele-

vans for studien. Intervjuguiden hadde følgende fokusområder:

- Opplevelse av relasjonen i møte med brukerne
- Kollegers betydning i jobben med selvmordsnære og personer i vanskelig og pressede situasjoner.
- Muligheter og rutiner for videre henvisning av personer med selvmordstanker.
- Førstehjelpskursets betydning for utførelse av jobben i møte med selvmordsnære brukere.

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

Intervjuguiden ble sendt informantene på forhånd, slik at de var kjent med hva samtalen i gruppene skulle omhandle. Begrunnelsen for dette ligger i at selvmord er et tema som mange oppfatter som sensitivt å snakke om, og det vil derfor være verdifullt både personlig og tematisk å være mentalt forberedt til å gå inn i samtaler om erfaringer med selvmordsatferd.

Det var planlagt å intervju 3 fokusgrupper i tillegg til en pilotgruppe. Studiens utvalg var ansatte i NAVs førstelinje.

Det ble utviklet følgende inkluderingskriterier:

- Gjennomført kurset «VIVAT – Førstehjelp ved selvmordsfare»
- Minimum 6 måneders relevant jobberfaring i én til én-relasjon etter gjennomført kurs

Rekruttering

Informanter ble rekruttert fra NAV-kontorer i Østlandsområdet samt fra en tiltaksarrangør. Flere av de forespurte NAV-kontorene ønsket av ulike årsaker ikke å delta i studien. Andre kontorer var positive, men klarte ikke å mønstre tilstrekkelig antall informanter. Sammensetting av gruppene ble basert på tilgjengelighet. Sykdom gjorde at det i 2 av gruppene ble færre deltakere enn planlagt, og utvalget besto av 3 grupper med 3, 4 og 7 deltakere samt en pilotgruppe med 2 deltakere.

Flertallet av deltakerne var sosionomer. Til sammen deltok 14 kvinner og 2 menn. Med unntak av 2 deltakere i én gruppe, kjente alle hverandre som kollegaer i NAV-systemet.

Datainnsamling

Gruppene ble intervjuet 2 ganger for på den måten å fange opp refleksjoner som kan komme etter første møte, og fordi samtalen ofte flyter lettere i andre møte. Intervjuene varte mellom 35 og 88 minutter, ble tatt opp elektronisk og transkribert av den samme forfatteren. Programmet Hypertranscribe ble benyttet ved transkripsjonen.

Dataanalyse

Datagrunnlaget ble bearbeidet i tråd med rammer for kvalitativ innholdsanalyse slik det framstilles hos Kvale og Brinkmann (2009). Det transkriberte materialet ble gjennomlest gjentatte ganger, og det ble identifisert 160 meningsbærende enheter. Disse ble kondensert til 16 tematiske enheter. Den påfølgende abstraheringen resulterte i 2 hovedtema, hver med 3 undertema.

Forskningsetikk

Det ble innhentet tillatelse fra ledelsen ved det enkelte NAV-kontor før studien ble iverksatt, og det ble sendt melding til NSD. Prinsipper og praksis for informert og skriftlig samtykke, konfidensialitet og frivillighet ble fulgt opp i hele prosessen. Skriftlig samtykke ble innhentet fra alle deltakerne. Begge forfatterne er kursledere i

VIVAT. Selvmord er et sensitivt tema, og deltakerne ble derfor tilbudt å ta kontakt med førsteforfatter etter intervjuene dersom det skulle være behov for det.

Funn

Studiens funn kan oppsummeres i følgende tabell:

Hovedtema	Subtema
Økt mestringsevne	• Tryggere og modigere
	• Tydeligere og mer direkte
	• Økt bevissthet om egne grenser
Økt profesjonell handlekraft	• Bedre kartlegging og færre henvisninger
	• Økt anerkjennelse i nettverket
	• Nyttig verktøy på andre områder

Økt mestringsevne

Tryggere og modigere

Det var bred enighet blant informantene om at det er vanskelig å snakke om selvmord og selvmordstanker. Mange opplevde at de etter kurset i større grad våget å spørre direkte om selvmordstanker og -planer:

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

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

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

Tydeligere og mer direkte

Tillit i relasjonen fremheves som en avgjørende faktor for å etablere trygghet i relasjonen:

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

Også evnen til å holde ut i de vanskelige samtalene opplevdes bedre; en uttrykte seg slik:

Tidsfaktoren ble fremhevet som svært viktig, som det ble uttrykt: «... for den tiden og

tryggheten henger jo veldig sammen, du får liksom ikke etablert den hvis du ikke tar deg tid.»

Det empiriske materialet viser at mange påvirket – og lot seg påvirke – i relasjonen. De var bevisst betydningen av den smitteeffekten egen trygghet innebærer; som flere informanter uttrykte det: «... våge å være tydelig og direkte signaliserer at ‘dette tåler jeg’».

Økt bevissthet om egne grenser

Det var stor enighet blant informantene om at den tilleggsforståelsen og spisskompetansen førstehjelpskurset hadde gitt dem, gjorde at de opplevde seg mer kompetente i møte med selvmordsnære personer. Flere ga uttrykk for økt ansvarsfølelse og bedre evne til å ta dette ansvaret. Som en informant uttrykte det:

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

Flere informanter ga også uttrykk for at kurset hadde medført en holdningsendring i det å ta ansvar for andre.

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

Analysen gir et ganske entydig inntrykk av at det kan være krevende å møte selvmords-

nære personer i vanskelige og pressede situasjoner. Frykten for å miste en av sine brukere kunne for mange oppleves som en belastning: «... Men jeg kjenner veldig igjen fortvilelsen når en kommer med suicidal-tanker for den tjuende gangen,... men vi må jo hver gang gjøre vurdering, men man blir jo litt sånn pressa...»

Flere av informantene hadde opplevd at brukere som i utgangspunktet kom som hjelpesøkende, kom med trusler om selvmord hvis deres krav og ønsker ikke ble innfridd.

... i forbindelse med klienter som stadig kommer med litt sånn – nesten trusler – «ulv – ulv» – de skal ta livet sitt, og som nærmeste kanskje kontaktperson så kommer de ofte til oss – «hvis jeg ikke får det og det så tar jeg livet mitt».

Så godt som alle rapporterte at de opplevde det å jobbe med selvmordsnære personer som givende. På et hypotetisk spørsmål var det kun et fåtall som ville valgt «vekk» selvmordsnære brukere.

Økt profesjonell handlekraft

Bedre kartlegging og færre henvisninger

Det er grunnlag i det empiriske materialet for å hevde at økt mestringsevne har en positiv innvirkning i møte med selvmordsnære personer. Sitatet gjenspeiler diskusjonen i alle fokusgruppene:

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

Informantene gir uttrykk for at de føler seg kompetente i møte med personer i akutt selvmordsfare:

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

Flere informanter ga uttrykk for at de opplevde at de hadde en behandlende effekt overfor sine brukere. «... for vi er ikke i en behandlerrolle, men samtidig er det vi gjør behandling ved å være der, ved å følge dem til ting, ved å henvise de ...»

Brukere som er henvist akutt til helsevesenet, kommer ofte tilbake fordi de tilhører samme bydel/NAV-kontor. Behovet for hjelp er der fortsatt, uten at det nødvendigvis dreier seg om en akutt situasjon. Mange ansatte rapporterte at de har tett kontakt med selvmordsnære personer – *over tid*. Flere informanter hevdet at det spesielt de siste årene var blitt færre henvisninger av personer med selvmordstanker. En forklaring på dette kan være at de gjennom førstehjelpskurset hadde fått et verktøy som ga et godt grunnlag for sammen med brukerne å kunne utvikle en bedre relasjon og derigjennom foreta en bedre kartlegging av den selvmordsnæres situasjon. Følgende sitat kan illustrere dette:

... og jeg husker at VIVAT hjalp meg til å få et verktøy – hvordan skal jeg forholde meg – så det satt ting liksom litt i system.

... vi er jo ikke faglærte egentlig, men vi ser jo faktisk at vi kan bidra og vi har

klart å snu folk fordi vi klarer gjennom de verktøyene vi har og få de på bedre tanker.

Det ble beskrevet flere situasjoner hvor det ble hevdet at en henvisning til en annen instans var lite hensiktsmessig, og hvor en erfaren ansatt som har førstehjelpskompetanse og som kjente brukeren, ville ha resultert i en bedre løsning for bruker: «... mens hun som står mest i det, og kjenner til VIVAT metodikk, og er veldig, hva skal jeg si, modig, erfaren person, vurderer det helt annerledes ...»

Økt anerkjennelse i nettverket

I flere fokusgrupper var det registrert et bedre samarbeid:

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

En annen tolking kan være at informasjonen som utveksles, er mer komplementær og relevant for hva som forventes: «Jeg føler at det er blitt mer tatt på alvor – fordi jeg har stilt noen av de spørsmålene som var de innledende spørsmålene deres på forhånd tror jeg.»

Forhold til kollegene var et av fokusområdene i studien. Det fremkom i alle fokusgrupper at gode kollegiale relasjoner kan ha avgjørende betydning for å håndtere de følelsesmessige sidene ved å møte selvmordsnære brukere på best mulig måte: «... en stor støttespiller – jeg synes alltid det er greit å ha noen å gå bort til enten det har

vært en god opplevelse eller en dårlig opplevelse ...»

Å ha et fellesfaglig ståsted gjennom VIVAT ble også fremhevet av flere: «... – jeg blir jo alltid mye tryggere hvis jeg diskuterer det med en kollega.»

Nyttig verktøy på andre områder

Kurset ble av flere omtalt som en «intervensjonsmodell». I alle fokusgruppene ble det opplevd paralleller til andre områder i jobben og i privat sammenheng; det være seg til samtaler i forbindelse med selvskading, rus og i det å møte trusler om å ta livet hvis de ikke fikk gjennom sine krav. Det handler om å være tydelig og direkte i møte med de utfordrende brukerne. «Jeg overfører det til nesten alle arenaene i jobben min.»

Informantene var overveiende positive i sin vurdering av det utbyttet kurset hadde gitt. I alle fokusgrupper ble det etter gjennomført VIVAT-kurs gitt uttrykk for økt evne til å mestre egen arbeidssituasjon, både når det gjaldt egen trygghet og i forhold til brukere og kolleger. Mange ga uttrykk for at de utførte en bedre jobb etter førstehjelps-kurset.

Diskusjon

Økt mestringsevne og kompetanse

Ved å våge å spørre direkte om selvmordstanker og erfare å få et «ja», gir informantene uttrykk for å mestre en utfordrende situasjon sammen med bruker. Der hvor de tidligere hadde kviet seg for å gå inn i relasjonen, opplevet de at det etter kurset var lettere å gå inn i disse møtene. Dette kan være en bekreftelse på betydningen av den praktiske ferdighetstreningen gjennom rollespill som ble spesielt vektlagt ved revisjo-

nen av ASIST/VIVAT i 2004 (Grenstad, 2004; Ramsay, 2004).

Dette bekrefter også funn som er gjort i en studie av helsesøstres erfaringer etter gjennomført førstehjelpskurs (Tallaksen, Bråten, & Tveiten, 2013).

Mange av NAVs brukere kan være i en psykisk ustabil situasjon. Diego De Leo (2004) setter i sin artikkel «Suicide is far more than a psychiatric business» som betingelse for effektiv selvmordsforebygging at også de ikke-psykiatriske sidene som sosialt nettverk og hjelp til å håndtere en vanskelig livssituasjon, vektlegges. Andre forskere etterlyser at fokus i større grad rettes mot forhold som livs- og følelsesmestring, og at selvmordsatferd ikke i så stor grad kobles til psykisk lidelse (Hjelmeland, Dieserud, Dyregrov, Knizek, & Rasmussen, 2014; Hjelmeland, Hagen, & Knizek, 2014; Stangeland, 2012; Straume, 2014).

Betydningen av å se på de kontekstuelle og relasjonelle sidene ved selvmordsatferd fremheves som avgjørende i behandling av selvmordsnære personer (Hjelmeland & Knizek, 2013). Mye av denne informasjonen kan en ansatt i NAV ha bedre kjennskap til enn en behandler i helsevesenet. Dette fordi NAV i mange tilfelle har brukt tid sammen med bruker før eventuell behandling, enten gjennom tiltaksarrangør eller ved at den NAV-ansatte selv har hatt oppfølgingen av bruker over tid.

I situasjoner hvor den selvmordsnære trenger hjelp til å håndtere en vanskelig livssituasjon vs det å få behandling i helsevesenet, kan det synes som om NAV-ansatte fyller et «tomrom» som helsevesenet ikke klarer å

møte alene. Stangeland (2012) er inne på dette når han snakker om oppfølging utenom tradisjonell poliklinisk behandling. Straume (2014) setter også fokus på dette når han spør om han kunne gjort noe mindre for en pasient som tok sitt liv – da relatert til mindre behandling og mer hjelp til ren livsmestring. Dette er i tråd med Herrestad og Larsen (2012) som oppfordrer til å spørre oftere og tidligere om selvmordstanker for å få avdekket eventuell selvmordsrisiko på et så tidlig tidspunkt som mulig.

Mange NAV-ansatte opplever at de har en behandlende effekt på sine brukere ved å møte dem på den måten de gjør. Mange brukere kommer tilbake – det blir som å skifte plaster på såret som en informant uttrykte det, de gir mer enn bare førstehjelp. Dette krever både mot og ferdigheter, og det empiriske materialet gir grunnlag for å hevde at den innsikten førstehjelpskurset gir, danner et godt grunnlag for å utvikle slike ferdigheter. Dette er i tråd med funn som er gjort i en omfattende studie fra USA (Gould, Cross, Pisani, Munfakh, & Kleinmann, 2013).

I møte med selvmordsnære brukere, står NAV-ansatte ofte overfor vanskelige vurderinger. Psykisk lidelse vs psykisk smerte er blant faktorene i disse vurderingene. Mens det ikke er noen tvil om at behandling av psykiske lidelser hører hjemme i helsevesenet, kan det være vanskelig å definere grensetilfellene; skal de henvises til behandling, eller skal de hjelpes ad på annen måte gjennom NAVs egne tiltak, eventuelt en kombinasjon. Dette underbygger behovet for et godt samarbeid mellom NAVs veiledere og helsevesenets behandlere i slike tilfelle (Mikkelsgård, Granerud, & Høye, 2014).

Økt profesjonell handlekraft og kommunikative ferdigheter

Mestringsfølelsen, tryggheten og risikoviljen som veilederne brakte inn i relasjonen, kan ha vært en medvirkende årsak til bedre vurderinger i møtene med selvmordsnære brukere. På hvilken måte? Veilederne er gjennom førstehjelpskurset gjort kjent med sine holdninger til selvmord. De synes klar over sine påvirkningsmuligheter og -begrensninger i relasjonen. De våger å stille spørsmål direkte, de tar seg tid til å lytte, de tåler et «ja-svar» om selvmord, de ser ansvaret, og de er kompetente og villige til å ta dette ansvaret, og når det er nødvendig, arbeide med det over tid. De bidrar til at det bygges tillit og åpenhet i relasjonene, og de vanskelige temaene blir lettere å klarlegge. De får adgang til informasjon om den sosiokulturelle konteksten den selvmordsnære befinner seg i, og de har adgang til psykiatrisk kompetanse i sitt nettverk. Denne kartleggingen gir grunnlag for gode vurderinger som på sin side legger grunnlag for riktige henvisninger – og flere får riktig hjelp. Formelle og eksisterende muligheter for henvisninger er en forutsetning (Mann et al., 2005), og funn i studien bekrefter dette.

Informantene rapporterte om færre henvisninger enn tidligere. Dette er i tråd med annen forskning som viser nedgang i antall henvisninger etter gjennomført førstehjelpskurs (ASIST) (McAuliffe & Perry, 2007). Sett sammen med at flere ga uttrykk for økt evne til å se og ta ansvar i møte med selvmordsnære personer, kan det på den annen side føre til at brukere som burde fått hjelp i helsevesenet, ikke får det.

Åpenhet om vanskelige og ofte intime og nære problemstillinger i disse relasjonene

kan gjøre NAV-ansatte sårbare for brukers reaksjoner. Mange følte seg tryggere i relasjonen etter førstehjelpskurset selv om de hadde opplevd trusler fra brukere om å ta livet av seg.

Analysen viste at intervensjonsmodellen også oppfattes som en kommunikasjonsmodell. Begrepet «verktøy» ble brukt av mange, og det ble fra flere hevdet at strukturen og oppbyggingen var anvendelig også i møter med brukere med problemstillinger relatert til selvskading, rus, vold og det å håndtere trusler.

Det fremkom få, om noen, kritiske eller negative funn. Dette kan ha flere årsaker. Så langt forfatterne kjenner til, var det på studiens gjennomføringstidspunkt ingen overordnede retningslinjer og pålegg i NAV omkring selvmordsforebyggende tenking og tiltak. Deltakelse i førstehjelpskurset fremstår således i stor grad som lokale initiativ, og flere steder er det et mer eller mindre frivillig tilbud til ansatte. Dette kan ha medført deltakelse kun fra spesielt interesserte personer, og det kan være noe av årsaken til lite og ingen negativ omtale.

På den annen side viser tidligere evalueringer av førstehjelpskurset at svært mange er meget godt fornøyd. Det kan være grunn til å anta at kurset oppfattes som et godt tilbud som treffer målgruppen ved å gi deltakerne kompetanse og opplevelse av mestring innen et tabuisert og for mange et eksistensielt vanskelig tema.

Metodekritikk

Det viste seg vanskelig å skaffe tilstrekkelig antall informanter, og sammensetning av gruppene ble styrt mer av tilgjengelighet

enn av andre forhold. Våre informanter var kjente kollegaer, noe som kan ha redusert deres vilje til å dele følsom informasjon med hverandre. M.Q. Patton (2002) hevder at grupper hvor deltakerne er ukjente for hverandre, synes å fungere best sammen. En forankring høyere oppe i NAV-hierarkiet kunne muligens ha åpnet for bedre adgang til forskningsfeltet, og gitt større innvirkning på utvalg og sammensetting av gruppene.

7 av 8 intervjuer ble gjennomført av én forfatter alene, og det anses som en svakhet ved studien. Flere forskere ville ha gitt en bedre mulighet for å avdekke «bias», og det kunne ha tilført studien en «second opinion». Fraværet av moderator medførte at det ikke ble foretatt noen nøytral oppsummering etter hvert fokusgruppeintervju. En slik oppsummering kunne ha fanget opp og verifisert eventuelle svakheter som et resultat av påvirkning av forfatter under intervjuene. Forfatters forforståelse kan være en fordel når det gjelder å stille relevante oppfølgings spørsmål underveis, og han kan være den best kvalifiserte til å vurdere justeringer hvis ny informasjon skulle fremkomme (Kvale & Brinkmann, 2009).

Forandringer i tidsplanen underveis medførte at planen om å få gjennomført alle tre førstegangsintervjuene før intervjurunde nr. to, måtte endres. Det medførte mindre tid til gjennomlesning av førstegangsintervjuene, noe som kan ha resultert i at enkelte svakt belyste tema ikke ble fanget opp og brakt inn i neste intervjurunde.

At begge forfatterne er kursledere for førstehjelpskurset, kan være en ressurs i analysearbeidet gjennom å hjelpe oss til å se

aspekter som andre kunne overse. Samtidig kan det ha redusert vår kritiske innstilling til forskningen og medført at vi kan ha oversett opplagte momenter. Analysen byg- ger på samstemthet mellom forfatterne.

Konklusjon

Studien viser at ansatte i NAV møter perso- ner med selvmordstanker. Informantene er gjennomgående positive og gir uttrykk for at den tilleggsforståelsen og spisskompetan- sen som førstehjelpskurset gir, har gitt dem økt innsikt og gjort dem mer kompetente i møte med selvmordsnære brukere. Mange gir uttrykk for økt mestringsevne, trygghet og tillit i relasjonen både til bruker og nett- verket for øvrig. Mange opplevde også å gjøre en bedre jobb.

Studien bekrefter betydningen av kollega- støtte både på menneskelig og faglig plan for de som jobber med selvmordsnære per- soner. De opplever bedre kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten ved å kunne utveksle komplementær og relevant infor- masjon, samt at de opplever økt kompe- tanse til å ta og sitte med ansvaret *over tid* for brukere som kommer tilbake etter akutthenvvisninger.

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

Studien skiller seg fra tidligere forskning ved at den etter forfatternes mening viser at førstehjelpskurset er en god plattform for NAV-ansatte til å utvikle økt evne til å møte og følge opp selvmordsnære brukere *over tid*. Altså noe mer enn førstehjelp.

Referanser

- De Leo, D. (2004). Suicide prevention is far more than a psychiatric business. *World Psychiatry*, 3(3), 155–156.
- Deolev, R. et al. (2008). *The Use and Impact of Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST) in Scotland: An Evaluation*. Edinburgh: Scottish Government.
- FHI. (2012). *Fakta om selvmord i Norge*. Hentet fra www.fhi.no/tema/selvmed/forebygging.
- Gould, M. S., Cross, W., Pisani, A. R., Munfakh, J. L., & Kleinmann, M. (2013). Impact of Applied Suicide Intervention Skills Training on the National Suicide Prevention Lifeline. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 43(6), 676–691. DOI: <https://doi.org/10.1111/sltb.12049>.
- Grenstad, N. M. (2004). *Å lære er å oppdage*. Oslo: Didakta Norsk Forlag AS.
- Helsedirektoratet. (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017*. Oslo: Helse- direktoratet.
- Herrestad, H., & Larsen, K. (2012). *Kartlegging, observa- sjon og vurdering av selvmordsrisiko*. Oslo: RVTS/Ø.
- Hjelmeland, H., Dieserud, G., Dyregrov, K., & Knizek, B. (2010). Er det farlig å snakke om selvmord? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 110(10), 1018–1029.
- Hjelmeland, H., Dieserud, G., Dyregrov, K., Knizek, B. L., & Rasmussen, M. L. (2014). Suicide and mental disor- ders. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 134, 1369–1370. DOI: <https://doi.org/10.4045/tids- skr.14.0549>.
- Hjelmeland, H., Hagen, J., & Knizek, B. L. (2014). Selv- mordsforebygging i psykisk helsevern – på tide å tenke nytt? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 114(12/13), 134.
- Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2010). Selvmord er ikke akseptabelt og kan forebygges. Holdninger til selv- mord og selvmordsforebygging i Norge. *Tidsskrift for den norske psykologiforening*, 47(10), 908–915.
- Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2013). Hva er meningen? Selvmordatferd som kommunikasjon. *Sosiologi i dag*, 43(1), 7–30.
- Isaac, M., Elias, B., Katz, L. Y., Belik, S.-L., & Deane, F. P. (2009). Gatekeeper training as a preventative inter- vention for suicide: A systematic review. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 54(4), 260–268.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lerdal, A., & Karlsson, B. (2008). Bruk av fokusgruppein- tervju. Fokusgruppeintervju brukes i økende grad i kliniske forskningsstudier innen helsefag. *Sykepleien Forskning*, 3, 172–175.
- Living Works. (2016). *Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST)*. Retrieved 30. juni 2016 from <https://www.livingworks.net/programs/asist/>
- Living Works Education. (2014). *Design & Development. Using research in suicide intervention training*. Hen-

- tet fra <https://www.livingworks.net/about-us/design-and-development/>.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3. utgave. En innføring. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Mann, J., et al (2005). Suicide Prevention Strategies. *JAMA*, 294, 2064–2074. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>.
- McAuliffe, N., & Perry, L. (2007). Making it safer: A Health Centre's Strategy for Suicide Prevention. *Psychiatric Quarterly*, 78, 295–307. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11126-007-9047-x>.
- Mikkelsgård, K. A., Granerud, A., & Høye, S. (2014). People with mental illness returning to work: A qualitative evaluation of a Norwegian project. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21, 172–180. DOI: <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.882981>.
- NAV. (2016). *Håndtere trusler om selvskaading eller selvmordsforsøk*. Hentet 27. oktober 2016 fra <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Samarbeid/noindex/Sikkerhet+i+NAV/medarbeidere?kap=424113>.
- Paris, J. (2006). Predicting and Preventing Suicide: Do We Know Enough to Do Either? *Harvard Review of Psychiatry*, 14(5), 233–240. DOI: <https://doi.org/10.1080/10673220600968662>.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evolution Methods*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Ramsay, R. (2004). Nye utviklingstrekk i opplæringsprogrammet Førstehjelp ved selvmordsfare. *Suicidologi*, 9(3), 1012.
- Rodgers, P. (2010). *Review of the Applied Suicide Intervention Skills Training Program (ASIST). Rationale, Evaluation Results, and Directions for Future research*. Calgary, Canada: Living Works Education.
- Silvola, K., Høifødt, T. S., Guttormsen, T., & Burkeland, O. (2003). Vivat. Førstehjelp ved selvmordsfare. En evaluering. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 123, 2284–2286.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Evaluering av undervisningsprogrammet VIVAT*. Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet (Rambøll Management).
- Stangeland, T. (2012). Når sikreste behandling ikke er beste behandling. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, (49), 138–144.
- Straume, S. (2014). Selvmordsforebyggingspris. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=418369&a=4.
- Tallaksen, D. W., Bråten, K., & Tveiten, S. (2013). «...You are not particularly helpful as a helper when you are helpless». A qualitative study of Public Health Nurses and their competence related to suicidal adolescents. *Vård i Norden*, 33(1), 46–50. DOI: <https://doi.org/10.1177/010740831303300110>.
- Tallaksen, D. W., & Lindmark, J. (2016). Det trengs mange handlekraftige (første)hjelpere! *Suicidologi*, (3), 28–33.
- WHO. (2012). *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2016). *Suicide data*. Hentet fra http://who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.